Université de Montréal

Exploration des connaissances relatives à la collaboration interprofessionnelle chez les finissants d'une école de service social

par
Linda Fortier

École de service social
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître es sciences (M.Sc.)
en Service social

Avril 2003

PAGE D'IDENTIFICATION DU JURY

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Exploration des connaissances relatives à la collaboration interprofessionnelle chez les finissants d'une école de service social

présenté par :

Linda Fortier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

M. Gilles Rondeau
président-rapporteur

M. Claude Larivière
directeur de recherche

Mme Guylaine Racine
membre du jury

RÉSUMÉ

La collaboration interprofessionnelle (D'Amours, 1997) désigne toute forme de structuration de l'intervention de professionnels de formation différente, œuvrant auprès d'une clientèle commune et souvent rassemblés au sein d'une même équipe de travail. Le jeune professionnel du service social a-t-il été bien préparé par sa formation universitaire de premier cycle à affronter les défis de l'intégration à une équipe pluridisciplinaire ? Cette recherche explore leurs connaissances et leurs besoins au plan de la formation à la collaboration interprofessionnelle.

Le travailleur social intervient souvent auprès des problématiques complexes et multiples. Il transige régulièrement avec des collègues et autres partenaires de formations différentes, le situant au cœur de nombre d'interactions professionnelles. Il est fréquemment encadré par une forme de gestion par programme, qui réunit les intervenants en équipe pluridisciplinaire et a été longtemps parmi les groupes de professionnels les mieux représentés dans les équipes de travail. Dans un contexte de travail souvent compétitif et conflictuel, les rapports de pouvoir dominent au détriment d'une finalité du travail d'équipe qui est la prestation de services de qualité. Ainsi le travailleur social doit-il, tôt, affirmer son identité professionnelle tout en négociant des zones d'intervention commune et en participant à l'intégration des différentes expertises afin de mieux servir le client.

L'étude en deux parties se consacre d'abord à une recension de la littérature portant sur la collaboration interprofessionnelle, ses bénéfices, ses déterminants, son efficacité, l'importance de son rôle au sein du cursus universitaire et des projets de formation à cet effet. Ensuite elle introduit la méthodologie, nos données quantitatives et qualitatives, ainsi que l'analyse et les réflexions qu'elles suscitent.

L'étude descriptive et comparative fut réalisée en août 2002 auprès de quatre groupes d'étudiants de l'École de service social de l'Université de Montréal : stagiaires, finissants et diplômés des années 1999 et 2000. Un questionnaire auto-administré auprès des 66 sujets a permis de constituer un portrait de leurs milieux de travail, de la collaboration interprofessionnelle qui s'y manifeste et de leurs connaissances à son sujet, des sources de ces connaissances, ainsi que de leur

identité professionnelle. Les sujets apportent des suggestions par rapport à la formation universitaire relative à la collaboration interprofessionnelle.

Les répondants se révèlent insuffisamment prêts à relever le défi de la collaboration interprofessionnelle. La réalité du milieu professionnel isole souvent le travailleur social de ses pairs et lui offre peu de mesures d'encadrement professionnel au sein de son équipe. Ses relations interprofessionnelles connaissent des difficultés liées surtout à la négociation de rôles et de fonctions. Plusieurs souhaitent que le baccalauréat en service social offre formellement différentes modalités pédagogiques permettant de se familiariser avec et d'explorer toutes les facettes de cette forme de collaboration. L'étudiant pourrait alors, tout en forgeant son identité de travailleur social, mieux connaître les rôles et les fonctions des autres professionnels. Des projets de formation continue devraient aussi être envisagés.

Il reste que la formation académique n'est pas l'unique solution aux malaises existants. En amont, la promotion de l'interprofessionnalité exige de retourner aux sources de production des champs professionnels. Nombre d'autres d'obstacles conjoncturels et structurels sont présents. L'une des voies à explorer est celle de l'intégration, une démarche lors de laquelle la singularité d'une discipline, la spécialisation, demeure tout en se laissant confronter par d'autres regards disciplinaires. L'intégration favorise l'émergence de nouveaux savoirs. À cette fin, au-delà des intentions, plusieurs acteurs sont conviés à agir.

Mots clé : service social travailleur social formation
multidisciplinarité interdisciplinarité
collaboration interprofessionnelle travail d'équipe
relations interprofessionnelles équipes de travail
formation universitaire formation continue

RÉSUMÉ ANGLAIS (SUMMARY)

Interprofessional collaboration (D'Amours, 1997) refers to forms of practice that involve sharing cases, teamwork and the input of professionals from different fields. Have undergraduate-level studies adequately prepared the social worker for the challenges posed by pluridisciplinary teamwork? This study explores the state of their knowledge of interprofessional collaboration, as well as their academic needs in this regard.

The social worker's practice often involves complex and multiproblematic cases. The social worker's profession is among those well represented on teams dealing with such cases. In Quebec, the social worker will likely be employed in a public facility structured along management-by-program lines. He will be called upon to interact regularly with colleagues and partners trained in other fields of endeavor — and is therefore at the nexus of many professional dynamics. Environments such as these are often competitive and conflictual in nature. Power relationships tend to supercede those dynamics contributing to the team's true goal, which remains the delivery of quality services to the client. Understandably, while he negociates practice boundaries and seeks to integrate different professional outlooks with the client's welfare in mind, the social worker will, early on, be expected to promote his own professional identity

This Master's thesis is divided into two parts. The first part includes an extensive review of the literature dealing with interprofessional collaboration, the conditions needed for it to flourish, its advantages as well as the efficacy it contributes to the management of the cases at hand. This overview also covers the role of interprofessional collaboration in the academic context, and examines vocational training projects implemented to that effect. The second part of the study focuses on its methodology, the quantitative and qualitative results obtained, and the analysis and consideration stemming from them.

This study is descriptive and comparative. Conducted as of August 2002, it involved four groups of students from the School of Social Work of the University of Montreal : students-in-training (2nd year), final-year students (3rd year), and recent

graduates from the years 1999 and 2000. In total, sixty-six subjects answered a self-administered questionnaire seeking for us to better map their workplace and the interprofessional collaboration which exists there, as well as the social worker's sources of knowledge of this type of practice. The questions also alluded to their professional identity. Lastly, the respondents were asked for comments pertaining to university-level vocational training in the area of interprofessional collaboration.

Data suggests that our respondents are unprepared as regards the interprofessional collaboration required in such teamwork. The reality of the professional and teamwork environment is such that the social worker can expect to be isolated from his peers. Moreover, he will most probably receive little in the way of professional supervision in that context. The most probable challenge he faces is related to the negociation of roles and functions. Many respondents recommend that the undergraduate course in social work formally endorse a variety of educational strategies in view of exploring this type of collaboration. In so doing, the student could, while developing his identity as a social worker, become more familiar with the roles and functions of the other types of professionals he will be called upon to work with. Professional social workers would also greatly benefit from continuing education projects related to interprofessional collaboration.

This being said, solving the challenges faced by the social work practitioner does not rest solely with accomodating undergraduate studies to the practice of interdisciplinary teamwork. Promoting positive interprofessional teamwork requires re-examining the ways in which professional fields of endeavor are themselves produced. Other hurdles of a circumstantial and structural nature remain. In this regard, an avenue well worth investigating is that of integration. This process allows for the specialization of the professional to be maintained while he is confronted by other disciplinary outlooks. On a higher level, integration can lead to the creation of knowledge. However, the intentions conveyed by the many social actors involved must also lead to actions.

Key words : interdisciplinarity multidsiciplinarity social work social work skills teamwork interprofessional collaboration professions interprofessional relations social work curriculum vocational training

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles

ACTS	Association canadienne des travailleurs sociaux
GCQ	Group Climate Questionnaire
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
GITT	Geriatric Interdisciplinary Team Training
OPTSQ	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
PSI	Plan de services individualisés
RUFUTS	Regroupement des unités de formation en travail social
MDJ	Maison de jeunes

Abréviations

ARH	Agent des relations humaines
Int. comm.	Intervenant communautaire
N	Nombres
Org. comm.	Organisme communautaire
Org. publ.	Organisme public
Quest.	Questionnaire
TS	Travailleur social
RAS	Résiduels ajustés standardisés
SIDA	Syndrome immuno-déficitaire ou syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus d'immuno-déficience acquise

REMERCIEMENTS

La production d'un écrit d'envergure qui demande recherche, analyse et réflexion relève à la fois d'un processus très solitaire, mais aussi collectif.

Il est solitaire parce que nous sommes seul devant la page blanche, seul à inscrire les premiers mots qui nous servirons de fil conducteur tout au long de cette démarche et seul à se sentir coupable lorsque nous délaissons cette activité au profit d'une autre plus ludique.

Pourtant, malgré cette grande solitude dans la démarche, il n'en reste pas moins qu'elle comporte un aspect collectif. Cela s'inscrit dans un environnement social et tout notre entourage participe avec nous, parfois bien involontairement, à cette grande entreprise. Par ailleurs, l'appui de nombreuses personnes est requis à différents moments.

Il y eu d'abord les hommes et les femmes qui m'ont accordé de leur temps pour répondre à mon questionnaire et me le retourner. Je leur dois mes premiers remerciements. Sans eux, il n'y aurait pas eu de recherche.

L'École de service social, est un autre acteur qui a contribué à ce mémoire. J'exprime toute ma gratitude à son directeur, M. Gilles Rondeau. Son appui à ma recherche, manifeste son intérêt d'assurer l'amélioration continue du programme de l'École.

Dans ma vie privée, plusieurs autres personnes ont été impliqué dans ce projet. Bien naïvement, j'ai pensé que les études de deuxième cycle pouvaient très bien se conjuguer avec un rôle social supplémentaire, celui de nouvelle maman. Justin, aujourd'hui âgé de cinq ans, comprend bien que maman va toujours à l'école et que souvent, elle a beaucoup de devoirs à faire. Depuis les derniers mois, elle a eu beaucoup moins de temps pour jouer avec son fils.

Je tiens à le remercier de sa patience, tout autant que je dois remercier mon conjoint, Ian. Tous les deux, plus souvent qu'à leur tour, ont dû se contenter l'un de l'autre comme compagnons de jeux et accepter de bon gré que tous les restos du quartier constituent la table familiale.

Mes pensées se tournent aussi vers ma famille et les amis que j'ai négligés. Bien gentiment, ils continuaient à me demander : « Puis, comment ça avance ? » et moi, en soupirant je continuais de leur répondre encore et toujours : « Eh bien, ça avance, mais tranquillement. Il reste encore beaucoup à faire et je suis plutôt fatiguée après ma journée de travail... ». Merci d'être encore là et d'être prêts à faire la fête pour marquer l'atteinte de ce but.

Je tiens à souligner les encouragements continus de mes collègues de travail et le soutien que m'a offert mon milieu de travail, l'hôpital Louis-H. Lafontaine, pour mener à terme ce mémoire.

J'adresse un merci tout particulier à ma chère amie Lise Lalonde, retrouvée après tant d'années. Elle revient dans ce moment précis de ma vie où j'ai besoin d'un entraîneur pour courir le dernier sprint avec moi et atteindre la ligne d'arrivée.

Et enfin, merci à Claude Larivière, mon directeur de mémoire, qui avec un calme rassurant et une confiance certaine en mes capacités, me disait : « Une morceau à la fois et tu y arriveras ».

J'y suis arrivée.

AVANT-PROPOS

L'avenir du savoir – tout comme l'avenir du monde –
est métis, progressivement métis.

On sait même depuis Gödel qu'une discipline réduite à ses ressources strictes
ne saurait jamais démontrer sa propre consistance.

Frederico Mayor (1991 : 11 & 13)
Directeur général
UNESCO

INTRODUCTION

L'objet de cette recherche est d'explorer les connaissances et les besoins de formation à la collaboration interprofessionnelle des étudiants des 2e et 3e années du baccalauréat en service social de l'Université de Montréal. Nombre de recherches se sont intéressées au thème de la collaboration interprofessionnelle et à la pertinence de l'intégrer au curriculum universitaire. Pourtant, elles ont peu donné la parole aux premiers intéressés, les étudiants. Que pensent les étudiants de la collaboration interprofessionnelle ? Sont-ils bien au fait de cette réalité des milieux de travail et des exigences qui en découlent ? Ressentent-ils le besoin d'être mieux formés à cette pratique ? Nous l'ignorons. D'où notre intérêt pour cette recherche qui accordera la parole au jeune professionnel en service social.

La collaboration interprofessionnelle est un terme générique proposé par D'Amours (1997). Il désigne la structuration des échanges entre les professionnels de formations différentes, souvent réunis au sein d'une équipe de travail et qui interviennent auprès d'une même clientèle. Certains réfèrent alors à la multidisciplinarité, à l'interdisciplinarité ou à la transdisciplinarité. Ces termes sont utilisés, selon les écrits, distinctement ou non. À la suite d'autres auteurs, (Hébert, 1997 ; Dussault, 1990a) nous voyons là les dimensions variées d'une même réalité ou, pour le dire autrement, un continuum au plan de la collaboration interprofessionnelle. À un pôle, cette collaboration est minimale alors qu'à l'autre, elle est intense. L'interdisciplinarité représente la forme la plus intense de collaboration. Elle est requise pour les personnes présentant des problématiques multiples, complexes ou à plusieurs composantes. En d'autres situations, un bon fonctionnement multidisciplinaire sera efficace et suffisant.

La collaboration interprofessionnelle n'est pas une dynamique qui émerge spontanément. Plusieurs défis se posent à l'équipe de travail. Le regroupement de professionnels d'origines différentes ne garantit pas qu'ils développeront les réflexes de travail et mettront en place les processus requis pour bien structurer une intervention conjointe. De même, la rencontre d'intervenants ayant chacun leur culture professionnelle et leur personnalité déclenche des dynamiques qui ne sont pas nécessairement favorables à une bonne collaboration.

Comment parvenir à un mode de fonctionnement d'équipe suffisamment fonctionnel, harmonieux et capable de moduler l'intensité des interactions entre professionnels en regard des besoins des diverses clientèles ? Lors de la formation initiale des futurs professionnels en service social, y aurait-il lieu de dispenser des cours sur la collaboration interprofessionnelle ? Nous voudrons, dans cette étude, répondre à ces questions.

Notre mémoire se présente en deux parties. La première est réservée à une revue de la littérature. Deux chapitres lui sont consacrés. Le premier chapitre explore les écrits portant sur le concept de la collaboration interprofessionnelle et notamment de ses différentes appellations. Ce thème, pourtant bien d'actualité, est présent depuis plusieurs décennies dans le domaine de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, si les recherches n'ont pu à ce jour démontrer l'efficacité du travail d'équipe pluriprofessionnel, les auteurs s'entendent pour reconnaître ses bénéfices, tant pour la clientèle que pour les professionnels. Cela dit, plusieurs facteurs influencent la viabilité et l'évolution de la vie d'équipe, ainsi que la qualité de la collaboration. Nous aborderons ces facteurs.

Le deuxième chapitre traite de la littérature plus spécifique à la formation des étudiants du premier cycle universitaire en regard de la collaboration interprofessionnelle. Dans tous les pays industrialisés, on retrouve des études sur des projets de formation des étudiants universitaires à la collaboration interprofessionnelle. Plusieurs concernent justement les étudiants en service social et il est bien démontré que les travailleurs sociaux ont été, jusqu'à tout récemment, parmi les groupes de professionnels les mieux représentés dans les équipes de travail. Néanmoins, les transformations dans les milieux professionnels ont fait en sorte qu'ils sont davantage isolés de leurs pairs et ont peu accès à des mesures d'encadrement professionnel. Par ailleurs, ils sont souvent appelés à intervenir auprès des clientèles présentant des problématiques complexes et multiples. Ils sont au cœur de nombreux types d'interactions professionnelles.

La pertinence d'une formation à la collaboration interprofessionnelle est reconnue et est particulièrement recommandée aux travailleurs sociaux et autres professionnels. Cependant, certains auteurs nous sensibilisent aux risques, pour les étudiants à l'identité professionnelle naissante, d'une exposition à l'interprofessionnalité.

Peu d'instances s'objectent à initier les étudiants du premier cycle universitaire à la collaboration interprofessionnelle. Au contraire, plusieurs la recommandent. Nous explorerons les différentes approches à la formation interprofessionnelle qui existent ainsi que les avantages et les limites de chacune. Nous ferons aussi état des expériences menées au Québec et ailleurs. Malheureusement, plusieurs de ces projets ne sont pas reconduits parce que souvent complexes à élaborer et à implanter. Peut-être est-ce parce qu'ils ne jouissent pas de conditions les favorisant à plus long terme qu'aucune étude n'a pu, à ce jour, en démontrer l'efficacité.

La deuxième partie de ce mémoire présente le projet de recherche. Elle se divise en trois chapitres. Le chapitre 3 présente la méthodologie, l'objet de la recherche, les questions qui en découlent et les outils privilégiés pour l'appliquer. S'y retrouve aussi une section consacrée à la méthode de collecte de données, à ses forces et à ses faiblesses. Y figure enfin une discussion de notre méthode d'analyse de nos données.

Le chapitre 4 introduit les résultats de notre recherche et une analyse des données en fonction des questions de recherche.

Le chapitre 5 soumet des réflexions portant sur le contenu de la littérature, sur notre analyse des données, mais aussi sur l'importance d'inclure lors de la formation de premier cycle de l'étudiant en service social un contenu pédagogique qui le familiarise avec cette réalité de travail incontournable de la collaboration interprofessionnelle.

CHAPITRE 1 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : LITTÉRATURE ET CONCEPTS

La collaboration interprofessionnelle réfère aux rapports qu'établissent les professionnels de formations différentes, réunis souvent en un même point de service, en vue de structurer leurs interventions auprès d'une clientèle commune. Pour les fins de notre étude, nous référons principalement à la collaboration interprofessionnelle qui s'inscrit dans un contexte d'équipe de travail pluridisciplinaire. Il y a plusieurs façons de la dénommer : multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité sont les appellations les plus courantes. Les termes sont aussi bien distingués qu'utilisés indistinctement. Nous verrons, dans ce premier chapitre, les différentes définitions données aux termes et l'importance d'une appellation générique. Nous voudrons démontrer que la collaboration interprofessionnelle n'est pas un phénomène nouveau. Au contraire, depuis quelques décennies, les auteurs en ont cerné les déterminants, les bénéfices et, même, l'efficacité. Plus que jamais, le discours de la collaboration interprofessionnelle est d'actualité et les pratiques qui s'y rattachent font partie intégrante des milieux professionnels.

1.1 DES CONCEPTS À DÉFINIR

1.1.1 Enjeu de la définition

Au fil des ans, le langage s'est enrichi d'une variété de termes pour représenter les relations entre professionnels de disciplines différentes qui offrent des services simultanés à une même clientèle. Les chercheurs et les praticiens parlent dorénavant de *multidisciplinarité*, d'*interdisciplinarité*, de *transdisciplinarité*, de *pluridisciplinarité* et même, dans le domaine de la recherche, de *métadisciplinarité*. Cependant, ces termes n'ont pas toujours été définis clairement ou de manière homogène. Il importe d'identifier la nature et la portée de chacun des termes. Comme le précise Somerville (1991) :

> « Ces mots désignent des approches qui peuvent différer les unes des autres sur des points importants. Ils sont employés différemment selon les disciplines et parfois dans une même discipline, et aucun d'eux n'a de contenu clairement défini ; Il faut éviter la confusion terminologique qui peut se produire d'une discipline à l'autre, ceci pour améliorer la communication »
> (p. 127).

Définir les différents termes apparaît donc comme une démarche nécessaire non seulement pour s'assurer d'une compréhension commune, mais pour dégager les caractéristiques associées aux différents modes d'interactions.

Par ailleurs, il apparaît que si les membres d'une équipe de travail ou d'une organisation n'ont pas une compréhension claire et commune des différents termes, ils risquent de poursuivre des objectifs dissemblables voire incompatibles et de s'exposer à des déceptions. Le risque de fragmenter l'équipe de travail devient alors très élevé, compromettant la raison d'être de la multidisciplinarité ou l'interdisciplinarité (D'Amours,1997 : 189).

Au plan sémantique, on a noté plus récemment que le terme « interdisciplinarité » soulève dans les milieux professionnels des passions sans commune mesure avec celui de « multidisciplinarité ». Pour certains, ce terme est porteur d'espoir. Il garantirait enfin la reconnaissance professionnelle, ainsi qu'une place au sein de l'équipe. Pour d'autres, il représente l'occasion de renégocier les relations de pouvoir entre les professionnels. Plusieurs n'hésitent pas à y reconnaître un discours idéalisé pour ne pas dire utopique. D'autres, plus cyniquement peut-être, y voient une mode, un aspect recyclé du discours humaniste des années 1970 qui sera vite oublié au profit de nouvelles lubies technocratiques. Quant au terme « transdisciplinarité », la plupart des cliniciens y voient une menace absolue, un éclatement des frontières et un envahissement des territoires professionnels spécifiques — si ce n'est un complot visant à écarter les professionnels non-médicaux au moyen d'une érosion de leur autonomie professionnelle.

Pourquoi insister sur les mots ? « Multidisciplinarité », « interdisciplinarité », « transdisciplinarité » et d'autres suscitent une compréhension différenciée de leurs implications. Ils génèrent des attentes de comportements et d'attitudes ou des inquiétudes qui varient selon la définition qu'on en donne.

Or, plusieurs auteurs le soulignent, la terminologie désignant les modes d'interactions entre les professionnels de formations différentes est très variée et suscite la confusion (Wilson et Pirrie, 2000 ; Faulkner-Schofield et Amadeo, 1999 ; Roux, 1996 ; Dussault, 1990b).

Illustrons nos propos de quelques exemples de définitions des principaux termes en question. Les définitions suivantes de la multidisciplinarité, de l'interdisciplinarité et de la transdisciplinarité témoignent principalement des façons de définir un même terme, mais surtout à quel point ces exercices peuvent être vagues ou ambigus.

Multidisciplinarité

Les définitions qui suivent convergent par rapport à la notion de mise en présence de disciplines différentes intervenant parallèlement sur un même objet. Nous sommes en présence des dimensions suivantes :

> « Plusieurs disciplines autour de l'analyse d'un objet commun » (Hébert, 1997 : 1).
>
> « Il s'agit de mettre en relation de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente. Toutefois, la multidisciplinarité n'implique pas nécessairement une interrelation professionnelle » (Larivière et Ricard, 1999 : 7).
>
> « L'équipe multidisciplinaire est la juxtaposition de compétences différentes ; le résultat est la somme des contributions de chaque discipline-membre » (Roux, 1996 : 741).
>
> « The multidisciplinary team allows for each discipline to independantly contribute its particular experise to an individual patients' care. Traditionnally, it has been the physician who responsible for prescribing the contribution other disciplines could make for coordination of services. Team work in parallel to each other, and direct interdisciplinary communication is minimal

> except through the physician in charge » (Hall & Weaver, 2001 : 868).

Au mieux, nous retrouvons une collaboration minimale, mais qui se soucie de complémentarité :

> « Les professionnels travaillent parallèlement pour un même objectif, le service au client. Il y a collaboration occasionnelle entre les disciplines, mais il n'y a pas d'interaction et d'échange dynamique prévu dans l'organisation et le fonctionnement de l'équipe. Chaque discipline demeure relativement indépendante et peu influencée par l'autre » (OPTSQ, 1996 : 4).

La revue de littérature de Pirrie et coll. (1998) sur la multidisciplinarité la décrit à la lumière d'activités possédant les caractéristiques suivantes :

- qui rassemble différents professionnels ;
- qui met l'emphase sur des perspectives et des procédures complémentaires ;
- qui constitue une opportunité d'apprentissage pour les uns et les autres ;
- qui est axée sur les besoins du client ;
- qui permet au participant de développer une compréhension distincte, mais interreliée de son rôle comme membre de l'équipe.

Une telle description de la multidisciplinarité se distingue déjà des définitions recensées. Elle implique, en effet, une interaction beaucoup plus significative entre les différents professionnels.

Interdisciplinarité

De l'avis de Pirrie et coll. (1998), l'interdisciplinarité dispose de composantes qui encouragent les membres des équipes à :

- développer une perspective interprofessionnelle différente (une méta perspective) ;
- intégrer des procédures et des perspectives favorisant le client ;
- apprendre les uns des autres ;

- porter un regard critique sur ses propres connaissances ;
- partager leurs réflexions sur des pratiques conjointes ;
- renoncer à certains aspects de leur rôle professionnel ;
- partager leurs connaissances ;
- développer une compréhension commune.

Dans cette perspective, un degré de collaboration élevé favorise une plus grande influence des individus les uns sur les autres. L'interdisciplinarité nécessite aussi le partage des responsabilités quant aux résultats, l'élaboration d'un plan de travail commun, la coordination des actions, le respect des champs d'expertise et une interaction synergique.

Plusieurs définitions de l'interdisciplinarité et de l'équipe interdisciplinaire existent dans la littérature. Elles n'explicitent pourtant pas toujours la spécificité de l'interdisciplinarité et certaines insistent sur des dimensions différentes. Nous en présentons toutefois quelques-unes qui convergent vers les mêmes aspects :

> « Les professionnels de disciplines différentes travaillent en collaboration réelle et continue, en concertation pour un même objectif, le service au client. Sans perdre l'identité qui lui est propre (le « cœur »), chaque discipline s'influence mutuellement et se transforme réciproquement. C'est le travail en interdisciplinarité » (OPTSQ, 1996 : 2).

> « Le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches » (Hébert, 1997 : 2).

> « L'intervention interdisciplinaire se définit comme toute intervention résultant de l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, du patient et de sa famille. Partageant des responsabilités, ces personnes travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale des besoins du patient et de sa famille afin de poursuivre des objectifs communs, avec le souci d'une communication efficace » (Lebel, 1999 : 2).

> « Le travail en équipe interdisciplinaire repose sur des valeurs partagées et constitue avant tout un moyen que des organisations et des praticiens se donnent pour utiliser au mieux

> le savoir, le savoir être et le savoir faire d'un nombre limité d'intervenants partageant un objectif commun, soit d'offrir des services dont la qualité repose sur l'apport complémentaire de chacun des intervenants (professionnels et paraprofessionnels) la composant. Dans une équipe interdisciplinaire chacun des membres assume une responsabilité directe quant aux interventions qui lui sont propres et une solidarité globale à l'égard du plan d'intervention qu'ils se sont donnés comme objectif commun à réaliser. Il s'agit là, bien entendu, d'une réalité dynamique, évolutive, susceptible d'être constamment adaptée au besoin perçu et à l'état de la personne-cliente et de son réseau de soutien naturel » (Larivière et Ricard, 1999 : 3).
>
> « The interdisciplinary team refers to a team whose members work together closely and communicate frequently to optimize care for the patient. The team is organized around solving common sets of problems and meets frequently to consult. Each member of the team contributes his/her knowledge and skill set to augment and support the others' contributions. Each member's assessment must take into account the others' contributions to allow for holistic management of the patients' complex problems. Team members preserve specialized functions while maintening continuuous lines of communication with each other, placing themselves somewhere in the centre of the continuum of interactions and responsabilities. This type of work in clinical practice also referred to as « interprofessional » (Hall & Weaver, 2001 : 868).

Chacune de ces définitions relatives à l'interdisciplinarité précise ce qui la distingue de la multidisciplinarité aux plans de l'intensité de l'interaction, de l'interinfluence, de la contribution des expertises et de leur intégration, tout autant que de l'aspect plus formel de l'organisation des interactions : nombre limité d'intervenants, rencontres régulières, mécanismes de coordination et plan de travail.

Transdisciplinarité

La transdisciplinarité, selon certains auteurs, désigne une intégration des savoirs qui favorise la production d'un nouveau savoir :

> « Il s'agit d'un terme générique. Intégrer des connaissances et tirer parti de la « Synergie trans » qui fait que le produit des savoirs combinés est supérieur à la somme des parties » (Somerville, 1991 : 129).

> « La construction d'un système conceptuel unifié résultant de l'intégration totale des systèmes disciplinaires » (Durant, 1991 : 113).

> « [..] Quant à la transdiciplinarité, elle serait atteinte lorsque les interactions entre plusieurs disciplines aboutissent à l'édification d'une discipline nouvelle comme l'anthropologie médicale, la psychologie sociale, etc. » (Roux, 1996 : 741).

Les deux premières de ces définitions se rapprochent de celle de l'interdisciplinarité puisqu'elles comprennent les notions d'intégration et de synergie. La troisième s'en distingue. Selon elle, la transdisciplinarité permet d'accéder à un nouveau champ de connaissances, c'est-à-dire à la production d'une nouvelle discipline.

Selon d'autres auteurs, la transdisciplinarité représente l'ouverture des frontières disciplinaires et la mobilité des rôles :

> « Roles of the individual team members are blurred as their professional functions overlap. Each team member must become sufficiently familiar with the concepts and approaches of his/her colleagues to be able to assume significant portions of the others' roles » (Hall & Weaver, 2001 : 868).

Une définition de la transdisciplinarité comme celle qui est proposée par Hall et Weaver (2001) peut suggérer aux professionnels qu'elle représente une menace, qu'elle induit une négation de leur expertise et un envahissement progressif de leurs territoires professionnels. Une telle conception peut s'avérer un terrain fertile pour des luttes de pouvoir, les professions dominantes en profitant pour renforcir leur position au détriment d'autres professionnels. Cette définition peut aussi connoter, pour les praticiens, une baisse de la qualité des services, la personne à desservir n'ayant pas accès à des expertises diversifiées et à des compétences formellement reconnues. Nous croyons que ces craintes sont de fait, très légitimes.

1.1.2 Un continuum de collaboration

Les modes de collaboration entre différents professionnels peuvent varier et s'exprimer en différents degrés d'intensité de collaboration. On réfère alors à un continuum de collaboration (Hall et Weaver, 2001 ; Roux, 1996 ; Durant, 1991).

L'intervention interdisciplinaire, selon cette approche, n'est requise que pour certaines situations. En effet, un consensus existe quant à privilégier le travail interdisciplinaire lorsque la personne à desservir présente des besoins multiples et complexes. Autrement, l'approche plus traditionnelle de la multidisciplinarité demeure toujours valable (Hébert, 1997 ; Roux, 1996).

Par ailleurs, l'idée d'un continuum de collaboration traduit davantage la complexité des relations interprofessionnelles et leurs variations dans l'espace et le temps, selon les besoins cliniques et aussi bien que les influences structurelles.

Deux modèles de niveaux de collaboration demeurent intéressants, même s'ils ne sont pas très récents. Le premier est présenté par Dussault (1990b) et est inspiré de Ivey et ses collègues (1988) :

> « Ainsi, à un pôle, on retrouve une organisation où les professionnels travaillent de façon parallèle, parfois même en compétition. À l'autre pôle, il s'agit d'une organisation de travail d'équipe où la collaboration interprofessionnelle est à son plus haut degré, soit l'interdisciplinarité » (Dussault, 1990b : 3).

Le degré de collaboration s'étend sur un continuum allant d'une pratique individuelle à des échanges d'informations. De celles-ci, on chemine vers la consultation puis la coordination pour finalement parvenir à la multidisciplinarité et, enfin, à l'interdisciplinarité.

Un autre modèle de collaboration interprofessionnelle selon un continuum a été suggéré par Pronovost et Jinchereau (1986). Il est ici résumé par Hébert (1997 : 3). On y retrouve cinq niveaux de travail d'équipe, soient :

Mode multidisciplinaire

- la référence : partage d'un but commun sans interaction véritable entre les intervenants ;
- la consultation : implique une interaction, asymétrique toutefois, où la responsabilité demeure celle de la personne qui consulte ;

- le rassemblement : les intervenants s'informent réciproquement, mais demeurent autonomes et responsables de leur intervention respective ;

Transition entre la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité

- la coordination : les intervenants modulent et harmonisent leurs actions afin de tenir compte des autres interventions ;

Mode interdisciplinaire

- la collaboration : les intervenants en arrivent conjointement à une vue d'ensemble du problème et décident des solutions et interventions, de leur priorité et du partage des rôles et des tâches de chacun dans l'action.

De façon générale, les différentes appellations connotent une relation de coopération entre individus de formation professionnelle différente et indiquent le degré de collaboration requis des professionnels entre eux. Au sein d'une pratique multidisciplinaire, les professionnels peuvent travailler en parallèle auprès d'une même personne. Cette collaboration multidisciplinaire est également graduée. Plus les professionnels interagiront ensemble et s'influenceront mutuellement dans leur pratique (par la mise en commun des perceptions, la concertation sur les priorités, de même que par l'utilisation d'outils communs pour coordonner les activités), plus ils auront opté pour un mode interdisciplinaire.

À cet effet, Julien (1989) utilise le terme de collaboration pour parler du mode d'interactions professionnelles favorisant le plus haut niveau de d'échanges. Il rapporte que :

> « Selon l'Association des infirmières américaines, on parle de vraie collaboration quand « les parties possèdent et apprécient chacun leurs pouvoirs, reconnaissent et acceptent des sphères séparées et conjointes d'activités et de responsabilités, sauvegardent mutuellement leurs intérêts et poursuivent des buts communs. Un tel rapport s'édifie sur la richesse que l'un prête à l'autre à cause des forces et de l'unicité que chacun apporte à l'ensemble » (p. 39).

Il ajoute :

> « Dans ce mode d'interactions, les efforts sont concertés, le travail articulé, la répétition des interventions éliminée. La pratique conjointe encourage un climat de confiance et de respect entre les praticiens, lequel est fondé sur leurs rôles complémentaires, explicitement et mutuellement définis. Les professionnels eux-mêmes délimitent leurs rôles en conformité avec leur champ d'exercice légal, l'art de leur pratique professionnelle, les règlements de l'hôpital et les besoins cliniques propres à leur champ de pratique. L'approche est globale parce que les membres de ces groupes différents apportent leur compétence respective pour considérer diverses options dans la solution de problèmes. Dans la pratique conjointe, l'autorité et la responsabilité sont partagées par tous ceux qui prodiguent les soins : tous les praticiens sont des pairs. C'est en fait un rapport où il n'y a ni hiérarchie, ni patron (Julien, 1989 : 38).

1.1.3 La collaboration interprofessionnelle : une appellation générique

La plupart des organisations du milieu de la santé et des services sociaux regroupent les professionnels de formation différente autour de programmes ou de services particuliers. Dans le domaine des services publics, les professionnels n'ont pas le choix de la clientèle et, le plus souvent, font partie d'une équipe multidisciplinaire. La complexité des besoins de la clientèle déterminera le degré d'interdépendance à établir avec d'autres professionnels. C'est dire que les modes de collaboration varieront. Ils dépendront principalement des besoins de chaque client, mais aussi de la capacité et de la possibilité des différents professionnels de moduler leur collaboration.

Devant cette variété des définitions de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité et devant les modes de collaboration disponibles — tous aussi valables et nécessaires selon les besoins de la clientèle —, il nous apparaît important de choisir un terme générique qui englobe les différents niveaux d'interactions. Ce terme générique permettrait de représenter une situation de travail où des intervenants de formation différente établissent des liens de collaboration plus ou moins intenses, participent à la structuration de leur action et optent pour une panoplie de moyens afin de mieux servir la clientèle. L'ensemble des modes

d'interactions est influencé par les individus, professionnels et clients, les structures organisationnelles et institutionnelles, de même que par les ressources disponibles dans chacun des espaces-temps où l'action s'inscrit.

Le terme « collaboration interprofessionnelle », tel qu'introduit en 1997 par Danielle D'Amours dans sa thèse de doctorat, correspond selon nous au terme générique recherché. La collaboration interprofessionnelle désigne :

> « La structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interactions entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition met l'accent sur un processus, sur les acteurs, sur la formalisation des relations ainsi que sur les influences externes à l'aire du travail » (D'Amours, 1997 : 104).

La collaboration interprofessionnelle est donc, selon notre entendement, un terme chapeautant tous les niveaux de collaboration quels qu'ils soient. Les mécanismes et les caractéristiques inhérents à chaque niveau sont les mêmes ; seule l'intensité de la collaboration marquera le passage d'un mode multidisciplinaire à interdisciplinaire. Par ailleurs, la définition que nous privilégions situe bien les dimensions qui peuvent influencer la collaboration entre différents individus et, plus encore, traduit le caractère dynamique et évolutif de ce phénomène.

Une équipe de professionnels efficace et qui dispose des ressources nécessaires devrait donc pouvoir moduler ses modes de collaboration interprofessionnelle — c'est-à-dire passer d'un mode multidisciplinaire à un mode interdisciplinaire — en fonction des besoins de la clientèle desservie.

Comme D'Amours (1997), nous excluons le terme « transdisciplinaire » du champ de la collaboration interprofessionnelle dans les milieux de pratiques. Nous estimons que celui-ci demeure encore trop ambigu et qu'un consensus n'existe pas quant à sa définition.

C'est ainsi que, tout au long de notre démarche de recherche, nous utiliserons le terme « collaboration interprofessionnelle ». S'il s'avère nécessaire de les préciser, nous nommerons les modes de collaboration propres à la multidisciplinarité ou à l'interdisciplinarité. Lorsque nous ferons référence à la composition d'une équipe de professionnels de formation différente, nous utiliserons le terme d'« équipe pluridisciplinaire ».

1.1.4 Les caractéristiques d'une équipe de travail

Nous l'avons déjà précisé, la collaboration interprofessionnelle à laquelle nous faisons le plus souvent référence dans les milieux cliniques et qui comporte des défis particuliers est celle qui évolue au sein d'une équipe de travail. C'est généralement dans un tel contexte de pratique que la collaboration peut s'exprimer à différents degré d'intensité, dont celui le plus grand, qu'est l'interdisciplinarité.

L'équipe de travail à laquelle nous référons est celle que certains nomment l'« équipe de base » (Roux, 1996 ; CH Côte-des-Neiges, 1992). L'équipe de base est une structure permanente composée de membres de formation disciplinaire différente, qui ont des interactions régulières entre eux, à travers des modalités précises telles que réunions d'équipe, discussions de cas et interventions conjointes.

Sous ce rapport, l'équipe de travail s'apparente, tant dans sa forme que par ses caractéristiques et sa finalité, à un petit groupe. Une équipe est un regroupement d'individus qui forme un groupe et qui, par différents moyens, assure la viabilité et la croissance de ce même groupe. Le rassemblement de plusieurs individus possédant leur personnalité propre initie, par les interactions qu'ils ont entre eux, une dynamique de groupe respectant des règles précises et bien documentées par divers courants théoriques de la psychosociologie :

> « Un groupe est une entité composée de plusieurs individus ayant une perception collective de leur unité et une tendance à agir de manière unie envers leur environnement [...]. Tous les objectifs d'un groupe fonctionnant comme tel se rangent dans une de ces deux catégories : 1) la réalisation d'un objectif ou d'une tâche spéciale 2) le maintien ou le renforcement du groupe

> lui-même. Cela revient à dire que le groupe doit investir du temps pour maintenir les relations entre tous ses membres » (Gillies, 1985 : 165).

Les équipes de travail des milieux de santé et de services sociaux, précise D'Amours (1997), s'apparentent certes à des groupes de tâches. Cependant, une plus grande complexité les en distinguent :

> « Les problèmes qu'ils ont à traiter sont souvent complexes et difficiles à solutionner. Leur travail est composé d'un ensemble de tâches accomplies en interdépendance, qui comporte une grande part d'incertitude et dont on ne peut prévoir l'issue. En effet, chaque usager du système de santé suit sa propre trajectoire plus ou moins prévisible » (Tjosvold et Tjosvold : 1995, cité dans D'Amours, 1997 : 32).

Par ailleurs, il ne suffit pas de rassembler des individus autour d'un même objet pour créer des interrelations formant automatiquement une équipe. Pour que naisse et croisse un groupe, certains éléments sont essentiels.

Le premier de ces éléments est l'objectif commun, ce « pourquoi » les individus sont rassemblés (Pronovost, 2000 ; St-Arnaud, 1978 ; Aubry et Saint-Arnaud, 1975). De l'avis de St-Arnaud (1978), non seulement doit-il exister un objectif commun, mais l'ensemble du groupe doit percevoir cet objectif. Idéalement, les membres doivent être choisis en fonction de cet intérêt commun et doivent être motivés à poursuivre cet objectif.

Le deuxième élément est le rapport d'échanges entre les individus : il s'agit de multiples relations, en interaction directe et idéalement transigées à un même niveau hiérarchique (Saint-Arnaud, 1978). Selon l'auteur, le pouvoir du groupe doit être partagé entre ses membres et les ressources de chacun des membres doivent être mises à contribution.

Pronovost (2000) ajoute trois critères essentiels à la naissance d'un groupe :

1. la présence et le partage du leadership ;
2. une structure d'animation des activités du groupe qui est formalisée et adéquate ;

3. un résultat aux activités : « il faut que les membres se sentent compétents et productifs ensemble » (p. 26).

Un groupe viable se construit et se développe en s'appuyant sur la relation qui s'établit entre les membres. La capacité d'établir un lien de confiance entre les membres sera, comme nous le verrons, un facteur d'influence relatif à la viabilité du groupe et à la capacité de ses membres à collaborer.

Doit-on se surprendre du fait que plusieurs « équipes de professionnels », bien qu'elles portent le nom d'équipe, ne soient en rien un lieu d'épanouissement pour leurs membres ? Il y a déjà quelques années, Julien (1989) déclarait à ce sujet :

> « Dans la plupart des milieux, chaque professionnel travaille isolément, les relations avec ses prétendus collègues étant réduites au minimum. Ces relations sont souvent marquées par la compétition, la discorde, l'hostilité ou la déférence envers les professions de prestige » (p. 40).

Prétendre que cette situation n'existe plus de nos jours, dans les milieux professionnels, serait faire preuve d'une méconnaissance de la réalité du monde du travail professionnel. Évidemment, malgré la présence de telles réalités, on retrouve aussi d'autres milieux où les professionnels vivent des expériences positives de collaboration interprofessionnelle. Si ce n'était pas le cas, nous ne retrouverions pas dans la littérature, cette perception solidement ancrée, des bénéfices de la collaboration interprofessionnelle, tant pour la clientèle que pour les professionnels.

Des conditions doivent exister et des processus mis en place pour qu'une équipe devienne fonctionnelle et atteigne un certain degré de maturité. Hébert (1997) nous fait part des principaux critères permettant d'évaluer la maturité d'un groupe :

- « Les aspirations individuelles des professionnels sont réellement intégrées aux exigences de la tâche à exécuter en groupe ;

- Les rôles et les tâches sont distribués pour utiliser de façon optimale le potentiel de chacun des membres qui deviennent capables d'un leadership partagé ;
- Des conflits existent, mais ils portent sur des contenus importants plutôt que sur des données émotives et ces conflits sont résolus ;
- Les professionnels perçoivent leurs différences et s'acceptent comme tels sans porter de jugement de valeur, tout en appréciant leur complémentarité ;
- Le groupe est capable de cohésion et chacun des membres est conscient de l'importance de son rôle dans le groupe ;
- Les décisions se prennent par consensus réel après une discussion rationnelle plutôt que par une recherche compulsive d'unanimité ;
- Le groupe est capable d'utiliser au maximum le potentiel de créativité de chacun dans la réalisation de la tâche » (p. 7).

Par ailleurs, le groupe se donnera des règles de fonctionnement, identifiées et acceptées par tous, de façon à organiser ses actions et à agir à l'intérieur d'une structure bien acceptée et qui constitue un cadre de référence.

Plusieurs études se sont attardées aux facteurs qui influencent le bon fonctionnement d'une équipe et qui contribuent à la structure de l'action et de la collaboration entre les membres de l'équipe (D'Amours, 1997). Une recherche terrain dont nous reparlerons, menée par Larivière et Savoie (2001), renseigne quant aux facteurs qui conditionnent la qualité des relations interprofessionnelles et l'efficacité du travail d'équipe. Évidemment, les approches à la question peuvent varier selon que plus d'importance est conféré aux influences organisationnelles, au sens que les acteurs donnent à leur action, à l'aspect rationnel des rôles et au degré auquel les acteurs s'y conforment. Les approches peuvent aussi varier si, par exemple, l'auteur privilégie un modèle multidimensionnel intégrant les caractéristiques des individus, leurs interactions, les influences externes et l'interinfluence de ces multiples niveaux (D'Amours, 1997 ; Poulton et West, 1993).

1.2 UNE NOUVELLE MODE ?

1.2.1 Le contexte actuel

En juin 2002, le Groupe de travail ministériel de la santé et des relations humaines présidé par le docteur Roch Bernier déposait son premier rapport sur les professions de la santé. Le comité Bernier avait pour mandat de réviser l'ensemble du Code des professions et de proposer une vision adaptée aux nouvelles réalités du système de santé et de services sociaux, ce tout en préservant la mission première de tout ordre professionnel qui est la protection du public. Le groupe de travail insistera alors sur l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, parmi ses recommandations, mentionnons :

> « Que les milieux d'enseignement, tant collégial qu'universitaire, développent des modes d'apprentissages qui favorisent l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité, à l'intérieur des programmes de formation de base (S11) » ;
>
> « Que les ordres professionnels du secteur de la santé et des relations humaines offrent à leurs membres des formations continues, selon un mode interprofessionnel et permettant l'obtention de crédits de formation continue (R63) ».

En 2000, un autre document capte l'attention du champ de la santé et des services sociaux. Il s'agit du rapport de la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux au Québec, présidée par M. Michel Clair. Cette commission a alors pour mandat d'émettre un avis et des recommandations sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux de la province. Comme il se doit, nombre de groupes d'intérêts, d'experts et de représentants de la population sont consultés. Encore là, les orientations sont très précises quant à la nécessité de poursuivre dans la voie du travail d'équipe.

> « Que le cadre d'exercice des pratiques professionnelles soit révisé et qu'on crée les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité et qu'en conséquence ;

> Que les institutions d'enseignement adaptent les programmes de formation destinés aux futurs professionnels de la santé et des services sociaux aux nouvelles réalités du réseau et aux exigences du travail en interdisciplinarité ;
>
> Que le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et les relations humaines accorde la plus grande importance au décloisonnement des professions et à l'interdisciplinarité tout en assurant la protection des activités requérant un niveau de compétence unique et complexe ;
>
> Que le Groupe de travail multipartite sur l'allégement de la réglementation favorise la simplification des procédures auxquelles sont soumis les ordres professionnels » (Clair, 2000 : 128).

Pour cette commission « le travail en équipe interdisciplinaire n'est plus un choix, c'est une nécessité » (Clair, 2000 : 128). Cette approche correspond tout à fait à une vision contemporaine des pratiques professionnelles et de l'organisation des services.

La Commission Clair constate aussi le manque de coordination entre les établissements et les intervenants responsables des soins et des services sociosanitaires. La clientèle fait les frais de ce manque de coordination, qui nuit à qualité des services. Déjà, en 1987, le Comité de la Politique de santé mentale effectuait les mêmes constats. Il soulignait que le problème n'était pas tant le manque de ressources professionnelles, mais bien l'absence de communication et de coordination entre ces ressources, entraînant une mauvaise gestion des ressources humaines, des dédoublements de services et des ruptures dans la continuité et la cohérence des services. À cette époque, on avait cru que l'élaboration d'un plan de services individualisés obligerait les professionnels et les établissements à impliquer le client dans la démarche d'évaluation et, surtout, qu'il garantirait de tels mécanismes de communication et de coordination entre les différents dispensateurs de services.

Une autre recherche effectuée auprès des centres jeunesses de la région de Lanaudière révèle que les problèmes liés aux difficultés de travail d'équipe et des relations interprofessionnelles occupent le 6e rang par rapport à 9 grandes sources de problèmes. Le premier de ces problèmes est le manque de temps ou de

moyens. (Larivière et Barbeau, 1999). Or, nous le verrons, le temps nécessaire pour apprendre à se connaître et se reconnaître fait partie des conditions favorables à l'émergence d'une collaboration interprofessionnelle satisfaisante.

Enfin, dans les milieux universitaires, et plus spécifiquement ceux qui concernent la profession du travail social, le Regroupement des unités de formation en travail social (RUFUTS) (2000) invitait ses partenaires à discuter plus à fond de l'importance que doit prendre, dans le curriculum du baccalauréat, cette réalité qu'est la collaboration interprofessionnelle.

La question de la collaboration interprofessionnelle est donc encore aujourd'hui une question d'actualité. Elle est portée par différents acteurs et est au centre des préoccupations professionnelles, sociales, organisationnelles et législatives. Il n'est donc pas étonnant que, dans le domaine de la santé en 2003, un regroupement d'ordres professionnels du Québec en soit à la 4e édition du Colloque sur l'interdisciplinarité.

1.2.2 La collaboration interprofessionnelle... plus qu'un simple courant

La conjoncture participant de l'émergence de la problématique de la collaboration interprofessionnelle, au sein d'équipes du milieu sociosanitaire, s'étend sur plusieurs décennies. Pendant les années 1960 au Québec, dans un contexte d'accroissement des connaissances, d'essor économique, de bouleversements sociaux et de mise en place de l'État-providence, apparaissent diverses professions et spécialisations, la neuropsychologie pour une, qui marqueront définitivement l'organisation des soins de santé et de services sociaux. Depuis, la présence d'équipes de travail, regroupant différents professionnels, s'est maintenue dans la majorité des champs de la santé et plus particulièrement dans ceux de la psychiatrie, de la réadaptation, de la gériatrie et des soins palliatifs. Pour sa part, au début des années 1970, la Commission Castonguay-Nepveu souligne la nécessité pour le système des services sociaux et de santé de s'inspirer d'une approche intégrée et globale au plan du travail en équipe multidisciplinaire. Dès lors, la collaboration interprofessionnelle est beaucoup valorisée dans ce secteur

de l'intervention. Inversement, les limites des approches disciplinaires deviendront de plus en plus évidentes (Dussault, 1990a).

Aux États-Unis, la pratique du travail d'équipe faisait déjà l'objet de discussions durant le premier quart du XXe siècle. L'intérêt de contrebalancer la spécialisation professionnelle, qui florissait alors, jouait sans doute un rôle (Vinokur-Kaplan, 1995). Déjà, Cabot (1915-1973), dans ses premiers travaux en travail social et en santé, discutait du travail d'équipe entre travailleurs sociaux, médecins et éducateurs (Sands,1989). Southard et Jarrett (1922) puis French (1940) faisaient aussi état des rapports interdisciplinaires au sein des organisations en santé mentale.

En Angleterre, de la structure parallèle des soins en santé caractéristique du XIXe siècle, on passe à la seconde moitié du XXe siècle au jumelage et à la coordination des services. La voie à une approche de travail plus axée sur l'équipe et sur la collaboration interprofessionnelle est ainsi tracée (Poulton et West, 1993).

Wilson et Pirrie (2000) cernent les facteurs économiques et sociaux qui ont nettement favorisé le développement du travail multidisciplinaire. Ils spécifient :

1. Le changement dans le monde du travail, comprenant :
    - un changement des structures amenant les individus à travailler et à apprendre ensemble (Pringle, 1993) ;
    - un changement au sein des services de santé et des services sociaux incitant à repenser les pratiques en termes de collaboration et le travail d'équipe entre les professionnels de ce système (Wilson et coll., 1998) ;
    - un recours à des habiletés diverses et complémentaires au sein des professions plutôt qu'à une concentration d'habiletés et de connaissances spécifiques ;
    - un développement, dans le milieu de l'éducation, de modes de fonctionnement basés sur la coopération et le partenariat entre les secteurs publics et privés (Broussine, 1999) ;

- une évolution, dans certains secteurs de pratique médicale, vers une relation symbiotique (Wilson et coll., 1996).

2. Le changement dans l'évaluation des individus :

   L'introduction par le National and the Scottish Council for Vocational Qualifications d'une structure d'évaluation basée sur les compétences et comportant cinq niveaux (incluant des qualifications au niveau professionnel) a donné un essor au travail en équipe pluridisciplinaire puisque la gradation des qualifications rend plus facile l'identification des habiletés et des connaissances qui se chevauchent parmi les membres d'une équipe.

3. Le changement de centre d'intérêt, dans les soins de santé, désormais axés vers les besoins du client :

   Au cours de la dernière décennie, le pouvoir aurait basculé du côté des besoins du client plutôt que du côté des professionnels. En Écosse, tout particulièrement dans le domaine de la santé, la politique « Working for Patients » adoptée en 1989 a eu un impact profond sur l'organisation des soins de santé. Au Québec, la loi 120 sur la santé et les services sociaux (1991) avait la même visée, replacer l'usager au centre des préoccupations et lui reconnaître un rôle de premier décideur.

4. Le changement économique axé sur le principe du meilleur rapport qualité - prix :

   Dans un contexte d'augmentation des besoins en services sociaux, l'administration des services publics doit non seulement atteindre des objectifs en regard des services, mais le faire au meilleur coût possible en tentant d'éviter la duplication et les pertes.

Ces éléments issus du contexte européen demeurent tout aussi pertinents en Amérique du Nord (Dussault, 1990b).

Les changements dont nous avons été témoins ces dernières décennies ont encouragé les services de la santé et des services sociaux à repenser les pratiques

et à les axer sur la collaboration et le travail d'équipe entre les professionnels qui y œuvrent. En corollaire, ces derniers ont dû diversifier les habiletés au sein des professions et en favoriser la complémentarité plutôt que la concentration d'habiletés et la plus grande spécificité. Dans les pays industrialisés, de tels changements ont vu le jour dans un contexte de réorientation du centre d'intérêt au plan de l'évaluation des individus, désormais axé sur les besoins du client (Wilson et Pirrie, 2000 ; Roux, 1996 ; Vinokur-Kaplan, 1995a ; Poulton et West, 1993 ; Sands, 1989).

La promotion du travail d'équipe a notamment été importante dans les secteurs où les problèmes dominants sont de nature chronique. Les domaines de la réadaptation, de la santé mentale et de la gérontologie sont parmi les principaux. Ces secteurs partagent des caractéristiques qui en font des champs particulièrement aptes à accueillir l'intervention de disciplines multiples considérant les caractéristiques suivantes :

- les problèmes ont habituellement une causalité multiple ;
- plusieurs pathologies se retrouvent souvent, de façon concomitante, chez un même individu ;
- les problèmes sont habituellement multidimensionnels (physiques, mentaux, sociaux) et nécessitent donc l'apport de plusieurs professionnels.

Roux (1996) rapporte justement qu'une approche des problèmes de santé chez les personnes âgées qui est fondée sur la collaboration interprofessionnelle, selon un mode principalement interdisciplinaire, ferait consensus tant au Québec qu'au Canada et aux États-Unis. L'interdisciplinarité se serait bel et bien imposée en gérontologie en raison de la complexité des besoins de santé des clients âgés. Les interactions des dimensions psychologiques, physiques et sociales sont multiples chez ces personnes et nécessitent l'action concertée de plusieurs intervenants travaillant au sein d'une équipe ayant l'objectif commun de bien servir leurs intérêts.

Depuis plus d'une décade, ce discours a débordé du domaine de la santé vers celui de la recherche. « Au Canada, [...] les comités de sélection accorderaient la

priorité aux projets et activités multidisciplinaires [...] » (Somerville, 1991 : 118). L'industrie privée n'est pas en reste. On y parle de plus en plus d'équipes semi-autonomes, qui valorisent la mise en commun des compétences, où les membres ont des responsabilités partagées et une plus grande autonomie dans leur processus de travail (Roy, 1999).

Le travail d'équipe pluridisciplinaire est plus qu'un simple courant. Il jouit d'un ancrage historique, il évolue, il se précise et il devient incontournable.

1.2.3 La pertinence

À l'exception des propos qui suivent, rapportés par Durant (1991), les motifs plaidant en faveur de la collaboration interprofessionnelle sont nombreux et bien acceptés :

> « Il en va de l'interdisciplinarité scientifique comme de l'interministérialité politique en France : un propos survalorisé que l'on se garde bien de faire entrer dans les faits, car chacun en perçoit le résultat comme ne pouvant s'inscrire qu'au détriment des positions acquises » (p. 110).

Roux (1996), Saltz (1992) et Lebel (1990) s'accordent pour dire que l'expertise interdisciplinaire est essentielle à la planification et à l'application d'un plan de réadaptation en gérontologie puisque les besoins sont multiples, complexes et que les interventions doivent se voir coordonnées et intégrées. Ducanis et Golin (1979) estiment qu'une approche interdisciplinaire permet une réponse optimale aux besoins du client, assure une communication entre les spécialistes de l'organisation, une qualité des soins, ainsi que la capacité de répondre à d'autres exigences d'ordre technique. Saltz (1992) reprend à son compte des propos de Katz et coll. (1975) qui considèrent que les changements démographiques, dominés par le vieillissement de la population, ouvrent la voie à une « ère d'équipe » où la prépondérance des programmes de soins favorisera de plus en plus une telle approche.

Réjean Hébert (1997), qui œuvre aussi auprès des personnes âgées, fait écho à ces propos :

> « L'approche interdisciplinaire est justifiée par la complexité biopsychosociales dans la genèse et le soin de plusieurs maladies et problèmes psychologiques et sociaux, [...] le travail d'équipe est nécessaire tant pour une évaluation globale du sujet que pour l'application d'un plan d'intervention concerté et efficace et qu'il pallie, par une coordination efficace, le morcellement du travail » (p. 1).

Le domaine de la santé fait assurément figure de pionnier dans la promotion du travail d'équipe. Bien que davantage présentes dans les domaines de la gérontologie et de la santé mentale, on retrouve aussi des pratiques de collaboration interprofessionnelle dans les domaines du traitement du diabète, du VIH / SIDA, de la délinquance et de la toxicomanie. Ces pratiques figurent aussi bien dans des programmes de prévention que d'intervention clinique (Lindsay et coll., 1998).

Dans leur méta-analyse de 138 articles sur 2 200 consultés, Faulkner-Schofield et Amadoe (1999) ont répertorié les bénéfices associés aux équipes qui témoignent d'une collaboration interprofessionnelle efficace :

- Forces identifiées par Mellor et Solomon (1992) :
  - meilleure connaissance et appréciation des disciplines de chacun;
  - meilleure compréhension et plus grand respect des autres disciplines ;
  - occasion pour le personnel de coopérer avec le secteur de la recherche ;
  - développement d'une mentalité axée sur le travail en coopération.

- Forces identifiées par Hutchens (1994) :
  - meilleur accès aux soins pour les patients ;
  - comportement plus autonome du patient en regard des soins ;
  - plus grande satisfaction du médecin en regard de son rôle ;
  - diminution de la durée de l'hospitalisation et des admissions ;
  - recours à une plus grande variété de membres dans l'équipe pour répondre aux besoins variés d'un client.

- Forces identifiées par Hyland, Novotny, Travis et Area (1987) :
  - allégement du fardeau de traitement pour le personnel ;
  - travail facilité auprès de patients difficiles.

La revue de littérature de Lindsay et coll. (1998) identifie d'autres avantages :

- la possibilité de traiter collectivement les questions en plus d'encourager les responsables à partager leurs connaissances, à répertorier les problèmes communs, à planifier des réponses coordonnées et intégrées et à assurer un soutien mutuel (Banks & Byrne, 1996) ;
- un traitement holistique de la situation (Keung Ho, 1977) ;
- le développement de valeurs communes d'intervention et l'assurance de la cohérence dans les services (OPTSQ, 1996) ;
- la réponse à une diversité et à une complexité de besoins chez une même personne ou famille (Roberts – De Gennaro, 1996) et, en corollaire, l'inutilité de fragmenter les services (Fair, 1993).

Quel que soit le champ d'intervention, la collaboration interprofessionnelle, et particulièrement l'interdisciplinarité, favorisent la cohérence et la continuité des services. De tels services sont jugés pertinents puisqu'ils offrent une compréhension globale et nuancée des besoins. Par ailleurs, les actions coordonnées militent en faveur d'une certaine efficacité.

Cet ensemble d'avantages bénéficie tout autant la clientèle et les professionnels que les organisations.

Dans une perspective davantage épistémologique, D'Amours (1997) tout comme Durant (1991) soulignent que la collaboration interprofessionnelle favorise l'évolution des connaissances. Elle permet, en effet, plus de nuances et, d'une confrontation des connaissances, l'émergence de nouveaux savoirs :

> « Nous pensons qu'un processus d'émergence et d'évolution de la collaboration interprofessionnelle est un outil important pour susciter la production d'une connaissance commune, concrète et

> spécifique du système dans lequel les professionnels sont mis en situation d'interdépendance et ils doivent développer une collaboration qui soit, non seulement la moins conflictuelle possible, mais qui se transforme en un bien collectif. [...] Ce bien collectif s'exprimerait notamment par « l'identification de solutions justes et efficientes pour les différent acteurs de l'organisation et se traduiraient par des services de qualité, la pérennité et la satisfaction des équipes » (D'Amours, 1997 : 227).

La pertinence de la collaboration interprofessionnelle aux fins d'améliorer la connaissance est donc centrale à ce processus. En effet, pour dispenser des soins et des services de qualité et pertinents par rapport aux besoins de la personne et aux ressources disponibles, tous les moyens doivent être mis en œuvre afin de bien connaître la situation. L'un d'eux, justement, veut que les professionnels partagent et intègrent leur savoir à la faveur d'un savoir plus complexe et nuancé. Par ailleurs, l'amélioration de la connaissance ne bénéficie pas uniquement à la clientèle ; elle profite tout autant aux professionnels qui collaborent puisqu'elle accroît leurs connaissances respectives. Cette confrontation à d'autres savoirs, dans un contexte d'échange et de mise en commun, est aussi une occasion de « revitaliser nos institutions et les personnes qui les servent [...] » (Somerville, 1991 : 136).

L'on s'empressera toutefois d'ajouter que cette production de nouveaux savoirs par l'intégration des connaissances a aussi ses limites (Durant, 1991 ; Somerville, 1991). Cela est nécessaire, mais non suffisant.

Récursivement, le discours émanant du monde de la recherche et de l'enseignement a des résonances dans le monde de la pratique clinique. Hébert (1997) nous prévient du danger de voir la collaboration interprofessionnelle, et plus particulièrement l'interdisciplinarité, comme une panacée, un remède à tous les maux. Nous l'avons déjà précisé, un mode de collaboration interprofessionnelle de niveau interdisciplinaire n'est requis que dans les situations ou les besoins de la clientèle sont complexes. Et comme rappelle Hébert : « On ne peut pas tout décider en équipe [car] certaines décisions sont prises plus efficacement par un seul individu, [...] il ne faut pas retarder indûment une intervention sous prétexte d'attendre l'avis de l'équipe [et] le professionnel, dans son champ de compétence,

doit prendre les décisions qui s'imposent sans continuellement devoir en référer à l'équipe » (p. 11).

1.3 LES FACTEURS D'INFLUENCE

Le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle n'émergent pas spontanément d'un rassemblement d'individus. Plusieurs facteurs concourent au développement de la collaboration interprofessionnelle et d'autres, au contraire, s'y opposent (Saltz, 1992).

À la fin des années 1970, des recherches en CLSC ont démontré que cette nouvelle organisation de services, si prometteuse au plan du travail d'équipe, ne réussissaient pas à générer des modèles de fonctionnement d'équipe novateurs (D'Amours, 1997 : 1).

La bonne volonté ne suffit pas. En effet : « Il faut aussi en environnement et des comportements et attitudes compatibles avec les exigences de la collaboration professionnelle » (Dussault, 1990b : 6). On s'entend pour affirmer qu'il faut agir sur plusieurs fronts à la fois afin d'instituer les conditions favorables à l'émergence et l'évolution d'une collaboration interprofessionnelle efficace (Clair, 2001).

Dans leur méta-analyse, Faulkner-Schofield et Amadeo (1999) noteront que les difficultés liées au travail en équipe interdisciplinaire ont davantage fait l'objet de discussions dans les articles qu'ils ont consultés. À cet effet, ces faiblesses sont identifiées par Mellor et Solomon (1992) :

- tensions induites par l'iniquité au sein des équipes en regard du degré de participation, de l'engagement, de la dominance des médecins ;
- confusion des rôles ;
- insécurité par rapport à l'approche ;
- manque de support de l'administration.

D'autres faiblesses du travail en équipe interdisciplinaire sont identifiées :

- compétition pour la clientèle (Parker et coll., 1991) ;

- désaccord sur le leadership et le partage d'autorité (Ivey et coll., 1992) ;
- absence d'une base commune de valeurs (Abramson & Mizrahi, 1986) ;
- rotation fréquente dans certaines disciplines et définition ambiguë du rôle de leader ;
- soins inadéquats pour les usagers (Moulder et coll., 1988) ;
- communication parfois inconsistante et inefficace à l'occasion (Moulder et coll., 1988) ;
- manque de consensus sur le pronostic du client (Siperstein et coll., 1994).

La revue de littérature de Wilson et Pirrie (2000) permet aussi d'identifier des problèmes de manque d'uniformité dans les standards d'accréditation de compétence des groupes professionnels et dans la formation professionnelle spécialisée et des attitudes inappropriées au travail multidisciplinaire : par exemple, une réticence à collaborer, une hiérarchie professionnelle et des attitudes de domination (Becher, 1994).

La rencontre de personnalités différentes, ayant chacune son propre parcours académique et personnel, provoque souvent un choc de cultures dont les effets sur la qualité de service sont parfois négatifs. Nos organisations et nos institutions académiques et législatives ne jouissent pas à ce jour des conditions favorables au développement d'une saine et productive collaboration interprofessionnelle. Le passage entre les différents niveaux de la collaboration interprofessionnelle est, sinon impossible, tout au moins très exigeant. Il n'est jamais acquis.

La collaboration interprofessionnelle repose essentiellement sur les relations interpersonnelles. Elle expose les acteurs en présence à un processus continu de négociation, tant aux plans des perceptions de la problématique et de sa priorité que des tâches et des rôles de chacun, ainsi qu'aux frontières professionnelles entre eux. À cet effet, une souplesse et une ouverture dans la négociation doivent être présentes (Hébert, 1997).

Par ailleurs, l'équipe doit composer avec les ressources que l'organisation met à sa disposition, avec la qualité des expertises disponibles, la personnalité de chacun de ses membres et la capacité du groupe à mettre en place des individus et des règles qui favorisent un sain exercice du leadership (Hébert, 1997).

Ces difficultés associées à la collaboration interprofessionnelle prennent leur source, ou sont amplifiées, par nombre d'obstacles déjà bien connus des auteurs et des praticiens.

Ces obstacles peuvent découler de facteurs législatifs (D'Amours, 1997) ou organisationnels (Hébert, 1997 ; Vinokur-Kaplan, 1995a ; Dussault, 1990b). Dans les milieux professionnels, cela peut se traduire notamment par des structures verticales, une hiérarchie explicitement nommée entre les professions et une absence d'adhésion aux valeurs de la collaboration. Ces influences indésirables peuvent se surimposer à d'autres qui proviennent des milieux d'enseignement, qui souvent mettent peu d'accent sur l'ouverture aux autres disciplines et préparent peu les futurs diplômés aux réalités interprofessionnelles.

D'autres obstacles sont liés au fonctionnement d'équipe proprement dit telle l'absence de buts communs (Stephenson et coll., 2001), l'existence de mécanismes de communication inefficaces (Ducanis et Golin, 1979) ou de désaccords quant au partage du pouvoir et du leadership (Ogien, 1987 ; Ducanis et Golin, 1979), si ce n'est, fréquemment, une méconnaissance des autres disciplines. De plus, se présentent inévitablement des obstacles liés à des facteurs individuels : manque d'ouverture, esprit de compétition, attitudes négatives, manque de compétences (Hébert, 1997 ; Dussault, 1990a).

1.3.1 Des conditions à assurer

La route de la collaboration interprofessionnelle est jonchée d'obstacles, de défis et de contraintes. Plusieurs en ont conclu qu'une collaboration interprofessionnelle de haute intensité correspond peut-être à un idéal qui n'est peut-être pas toujours accessible. Cependant, avant de la proclamer impossible, il faut s'assurer que les conditions nécessaires sont en place favorisant l'émergence et l'évolution d'une

collaboration interprofessionnelle satisfaisante et productive. Ce processus prend naissance et évolue en fonction des opportunités disponibles. La qualité d'une telle relation est dépendante de plusieurs facteurs, mais nul plus important que le temps. On ne doit pas la précipiter.

Diverses conditions doivent exister et un ensemble d'actions être réalisées pour favoriser la collaboration interprofessionnelle. Plusieurs revues de littérature s'entendent pour identifier certaines conditions récurrentes (Hall et Weaver, 2001 ; Lindsay, 1998 ; Pirrie et coll., 1998). L'importance de tel ou tel facteur peut varier selon l'auteur, mais la plupart de ceux qui suivent paraissent influer sur la qualité de la collaboration interprofessionnelle, qu'il s'agisse de son émergence, de sa viabilité ou de son évolution.

Dussault (1990b) a regroupé en deux catégories les déterminants de l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle : les facteurs exogènes et les facteurs endogènes.

Les facteurs exogènes correspondent à ce que D'Amours (1997) appelle les structures englobantes et comprennent les cadres législatif et organisationnel. Ils sont des éléments extérieurs à l'équipe de travail qui, pour sa part, les influence peu. Cependant, ces mêmes facteurs ont une influence certaine, quand ils ne régissent pas complètement certaines modalités du travail d'équipe. Ainsi dans le cadre législatif, on retrouve différentes lois qui déterminent et influencent les comportements des professionnels.

Ces lois font toutefois place à certains vides ou, suivant l'évolution des pratiques, à des décalages ; d'autres articles vagues laissent une bonne place à l'interprétation. Pour ne citer que cet exemple, la Loi médicale du Québec précise que le médecin traitant est responsable du plan de traitement prévu pour son patient. Pour certains, cette disposition de la loi fait qu'un médecin à un droit de regard sur tous les actes posés par les professionnels auprès de son patient. Dans un contexte de travail pluridisciplinaire, où la compétition domine, cet élément peut favoriser maintes situations conflictuelles.

D'Amours (1997) mentionne aussi des éléments législatifs qui structurent les professions. Elle cite en exemple le Code des Professions. Un ordre professionnel a pour mandat de protéger le public, en lui assurant notamment que ses membres dispensent des services de qualité. L'ordre doit donc veiller au développement professionnel continu de ses membres. Cette façon de structurer le travail professionnel prend toute sa signification lorsqu'on considère l'intérêt, pour chaque profession, de préciser son champ d'activités et de participer à l'actualisation et à l'évolution de la pratique des divers professionnels. Cependant, au fil des ans, cela a favorisé un mode de pensée que D'Amours nomme la « logique professionnelle ». Dans cette logique, les valeurs dominantes sont « basées sur la spécialisation, le pouvoir et l'autorité » (1997 : 3). Trop souvent, ces valeurs s'opposent à celles de la collaboration interprofessionnelle et entretiennent donc une distanciation, voire une compétition, entre les différents intervenants.

Jusqu'à présent, le cadre législatif s'est adressé aux professionnels en tant qu'entités distinctes sans interactions entre eux dans un contexte de travail. Sans aller jusqu'à nier la responsabilité individuelle de chaque professionnel par rapport à son champ d'expertise, il faudra adapter le cadre juridique. Il devra, en effet, mieux tenir compte de la collaboration interprofessionnelle puisque celle-ci, plus que jamais présente dans les milieux cliniques, influence l'intervention professionnelle de chacun. Une réflexion sur les rôles et responsabilités de chacun des professionnels s'impose de plus en plus :

> « Souvent, les professionnels vont considérer qu'ils ont, individuellement, des obligations envers un client qui les contraignent à réclamer un haut degré d'autonomie. Le passage à la responsabilité partagée est d'autant plus difficile qu'au plan juridique que cette notion n'est pas toujours très claire. Ainsi, on assume souvent que la responsabilité ultime appartient au médecin en vertu de sa capacité de prescrire et d'autoriser les admissions et congés (alors que dans les faits, chaque membre d'une équipe reste responsable de ses actes) ; on en déduit, qu'à ce titre, il lui appartient d'assumer le leadership de l'équipe multidisciplinaire. Tous les médecins ne souhaitent pas jouer ce rôle et tous ne sont pas aptes à le jouer » (Dussault, 1990a : 5).

Le deuxième grand cadre des facteurs exogènes est celui de l'organisation. Les organisations sont certes soumises au cadre législatif, mais à leur tour elles

soumettent les équipes au cadre organisationnel. Ce cadre influence directement, tant positivement que négativement, la qualité et l'efficacité des collaborations interprofessionnelles (Archambault, 2000).

Un premier facteur d'influence du cadre organisationnel est la taille de l'organisation. Plus la taille est grande, plus les défis seront nombreux. Dussault (1990b) précise qu'une organisation de taille importante disposera certainement de plus de ressources, mais vivra une grande mobilité du personnel et une plus grande distance entre le personnel et les gestionnaires.

Un second facteur d'influence du cadre organisationnel est la philosophie de gestion telle que préconisée et pratiquée. Comme le rappelle Dussault : « La multidisciplinarité se développe dans un contexte qui valorise la collégialité, le respect des autres, la souplesse dans l'organisation du travail, dans l'exercice de l'autorité et le partage des responsabilités » (1990b : 4).

Il doit y avoir une position claire de l'organisation, ainsi que la reconnaissance, compte tenu de la diversité des évaluations requises et des modes de prise en charge, du fait que les soins et les services nécessitent l'implication de plusieurs disciplines (C.H. Côte-des-Neiges, 1992).

Les ressources mises à la disposition des équipes par l'organisation, ainsi que « la prise en compte de la réalité des milieux où s'exerce le travail d'équipe (ressources du milieu, disponibilité des intervenants, situations et attentes particulières de la clientèle) » (Brunet, 1978 ; Durand et coll., 1990), constituent d'autres facteurs déterminants du cadre organisationnel.

Parmi les ressources et les conditions à mettre à la disposition des équipes pour favoriser la collaboration interprofessionnelle, mentionnons celles qui assurent le soutien et la reconnaissance de l'équipe par le milieu et celles qui offrent de la formation aux membres de l'équipe (Roberts-De Gennaro, 1996 ; Johnson et Clancy, 1995 ; Edelstein et coll., 1990).

Sur ce dernier point, d'autres insistent sur l'importance d'offrir de la formation sur la collaboration interprofessionnelle aux équipes (Lebel, 1990 ; Dussault, 1990b). À leur avis, cette formation assurerait une meilleure efficacité. Elle pourrait se voir structurée de manière à :

- utiliser les séances de formation pour faire connaître aux autres le contenu de sa formation théorique et pratique (Dussault, 1990a) ;
- organiser des ateliers de consolidation d'équipe ou dresser un bilan après chaque réunion pour vérifier s'il demeure des ambiguïtés de rôles ;
- faire comprendre que tous les objectifs du projet interdisciplinaire doivent converger vers la satisfaction des besoins de santé de la personne âgée (Dussault, 1990a).

Par ailleurs, l'organigramme de l'organisation doit aussi être repensé. Le modèle hiérarchique traditionnel, c'est-à-dire fonctionnel et vertical, privilégie souvent les regroupements par professionnels de même discipline. Dans un tel modèle, les communications entre les diverses « colonnes » de l'organisation sont souvent teintées de compétition (Larivière et Ricard, 1999).

Enfin, la question de l'autonomie professionnelle peut aussi être reliée au cadre organisationnel. L'organisation doit reconnaître et favoriser l'expression de cette autonomie. Larivière et Ricard (1999) rappellent que « les membres des équipes doivent avoir une bonne autonomie professionnelle ainsi qu'une marge de manœuvre assez grande, pour pouvoir se contacter et se rencontrer fréquemment en dehors des rencontres formelles de l'équipe » (p. 11).

L'autonomie professionnelle constitue une dimension importante de la collaboration interprofessionnelle. Elle repose d'abord et avant tout sur une bonne conceptualisation de sa propre discipline dans le respect des autres disciplines et la reconnaissance des expertises de chacun. L'expression de l'autonomie professionnelle ne doit pas cependant verser à l'autre extrême, c'est-à-dire penser que les professionnels peuvent agir sans reddition de compte et sans se soucier des résultats attendus par rapport à la mission de l'organisation. Les professionnels doivent trouver l'espace pour exercer leur autonomie

professionnelle, à l'intérieur du cadre de leurs responsabilités et de leur engagement envers l'organisation.

La deuxième catégorie de facteurs qui influencent la collaboration interprofessionnelle est celle des facteurs endogènes, c'est-à-dire des facteurs reliés à l'équipe, à ses membres et à son fonctionnement.

Par rapport à l'équipe, on doit d'abord considérer sa composition et ses modes de fonctionnement. Le nombre de personnes dans l'équipe et la pertinence de leur implication par rapport aux besoins de la clientèle sont deux aspects à considérer. Un portrait clair et partagé de l'équipe, de l'équipe de base, de l'équipe élargie et la représentation de l'usager et de sa famille (Saltz, 1992) sont autant d'éléments à discuter en équipe.

La composition des équipes est caractérisée comme étant variée (Lindsay et coll. (1998). En effet, les auteurs indiquent que :

- certaines professions sont représentées plus souvent : travailleurs sociaux, infirmières, médecins, psychologues ;
- le service social occupe une place prédominante ;
- le nombre de personnes dans les équipes est très varié : 3 à 4 membres en général, mais il peut aussi compter 7 à 8 personnes ;
- le nombre de personnes peut demeurer stable ou varier selon la situation ;
- certaines équipes accordent une grande importance à la participation du client lui-même.

Par ailleurs, il est fortement recommandé que l'équipe porte attention à son mode de fonctionnement et aux règles qui encadrent ses processus (Pronovost, 2000 ; Hébert, 1997 ; St-Arnaud, 1978). À ce titre, Lindsay et coll. (1998) ont recensé les éléments suivants dans la littérature :

- l'importance de définir un but commun. Dans les équipes où une vision commune des buts / objectifs est évidente, les membres bénéficieraient

d'une confiance en soi accrue et seraient plus motivés à apprendre (Wilson et Pirrie, 1999 ; Wilson et coll., 1996 ; OPTSQ, 1996) ;

- la clarté des rôles et la communication (Chartier et coll., 1984). L'ambiguïté des rôles, le chevauchement des compétences et des responsabilités ainsi que des perceptions stéréotypées des autres disciplines seraient les principales sources de conflit (Mariano, 1989) ;
- l'attribution et l'alternance des rôles dans l'équipe, selon une matrice de rôles et responsabilités, maintiendraient la motivation du personnel (Wilson et coll., 1996). On reconnaît de façon unanime la valeur du feedback sur la performance de l'équipe. De plus, la répartition des rôles doit être souple qu'émergent des solutions nouvelles (Pelletier, 1988) ;
- la clarification des responsabilités de chacun (Mesters et coll., 1991 ; Paradis, 1987 ; Keung Ho, 1977) ;
- un consensus par rapport aux buts et à la coopération à établir dans les situations de collaboration inter-organismes ;
- l'obtention d'un mandat clair pour les membres et pour l'établissement (OPTSQ, 1996) ;
- l'assurance que les attentes mutuelles de chaque membre sont connues de tous (Chartier et coll., 1984) ;
- la négociation relative à la division des tâches (négocier les frontières des tâches en s'appuyant sur les facteurs d'identité professionnelle de chacun, sur les compétences et sur l'expérience) (Hébert, 1997).

Pour soutenir ses processus, l'équipe devrait s'entendre sur l'utilisation de certains outils. Saltz (1992) mentionne, entre autres :

- la tenue de conférences (pour communiquer l'information à l'étape de la mise sur pied ou pour réviser les objectifs) ;
- l'utilisation d'un tableau pour formuler les problèmes, les priorités et les interventions souhaitées ;
- la rencontre des usagers (à tout le moins en sous-groupe) ;
- la tenue d'un registre centralisé pour communiquer les activités de l'équipe (surtout auprès des membres n'assistant pas à toutes les réunions) et pour donner du feedback sur les progrès et les

changements réalisés dans le plan de soins. Un directeur des communications peut être désigné dans l'équipe.

Rubin et Beckhard (1972) suggèrent aussi la mise sur pied d'un comité chargé de la planification de l'agenda, la rotation du président d'assemblée afin de permettre à chacun de faire l'expérience de ce rôle et la présence d'un observateur dans le groupe, pour évaluer et faire rapport de la pertinence de discuter de certaines des dynamiques observées dans le groupe.

De la sorte, les modalités de fonctionnement que se donnent les équipes auront une grande influence sur l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle. « Plus que tout, elles devront être discutées et validées par l'équipe et cohérentes avec les objectifs poursuivis » (Dussault, 1990b : 5).

L'équipe devra aussi accorder une attention particulière à la définition des règles qui régissent l'exercice de l'autorité et les modalités de prise de décision. À ce sujet, Saltz, (1992) réitère l'importance de bien définir les modalités prévalant à la résolution des conflits. Elle précise que toute équipe devrait s'entendre sur :

- les modalités de prise de décision et de résolution de conflits ;
- l'utilisation de mesures objectives ;
- l'établissement de buts à court et long terme ;
- l'établissement des priorités en réadaptation ;
- la définition d'un plan d'action pour atteindre les objectifs ;
- l'éducation du patient ;
- l'évaluation du progrès accompli en lien avec les objectifs.

Si les individus sont influencés par les cadres extérieurs, ils n'y sont toutefois pas entièrement assujettis. Ils ont des marges de manœuvre et peuvent avoir une contribution active sur la qualité de la collaboration interprofessionnelle. L'influence des attitudes, des comportements et des compétences des membres de l'équipe est aussi très importante (Hébert, 1997, Dussault, 1990b ; Lebel, 1990).

Les compétences et connaissances requises par les membres, telles qu'identifiées par la revue de littérature de Lindsay et coll. (1998), touchent :

- la sécurité personnelle des membres, soit la capacité de diriger son énergie en fonction des buts de l'équipe et non des buts personnels (Hébert, 1997);
- la connaissance des habiletés des autres domaines de spécialisation et une certaine familiarité avec ceux-ci ;
- la reconnaissance de l'autonomie et de la complémentarité (OPTSQ, 1996) ;
- une solide identité personnelle et la capacité de définir la spécificité de sa profession dans le respect de celle des autres (OPTSQ, 1996) ;
- la confiance et le respect des opinions des autres (Roberts – De Gennaro, 1996) ;
- la capacité d'investir temps et énergie ;
- la compétence du professionnel, son engagement dans l'interaction et sa capacité à communiquer efficacement.

L'engagement personnel des professionnels, nommément l'engagement manifesté par la disponibilité des médecins, a souvent été identifié comme un élément important favorisant une culture d'apprentissage (Wilson et Pirrie, 2000 ; Wilson et coll., 1996). L'engagement en soi produirait des bénéfices tangibles sur la performance de l'équipe, ses membres se sentant soutenus et plus motivés à donner leur maximum (Wilson et coll., 1996).

Hébert (1997) identifie aussi certaines attitudes personnelles, chez les membres de l'équipe, qui favorisent le travail interdisciplinaire et facilitent l'évolution du groupe de travail vers une équipe harmonieuse et efficace. Elles sont les suivantes :

> « La **sécurité**[1] personnelle et professionnelle est un préalable essentielle pour établir les limites de sa compétence professionnelle et éviter que le travail d'équipe ne soit un mécanisme de compensation à une compétence mal intégrée ou mal assumée. L'**ouverture à l'inconnu** suppose une acceptation des limites de sa propre compétence et une attitude positive face

[1] Caractères en gras présentés par R. Hébert (1997).

> à de nouvelles avenues. La **valorisation des différences** permet de considérer les autres professionnels sans préjugés et sans qu'ils représentent une menace à sa propre compétence. L'**interdépendance professionnelle consentie** exige la reconnaissance des compétences complémentaires des autres intervenants pour résoudre le problème. Le professionnel perçoit alors cette dépendance consentie comme un élargissement de son autonomie et non comme une soumission ou une concession à une autre discipline. Enfin, l'**attitude systémique** permet à l'intervenant d'avoir une vision d'ensemble du problème qui situe le sujet en interaction constante avec son environnement matériel et social » (p.10).

Enfin, Mariano (1989) rappelle les responsabilités des membres de l'équipe quant à l'échange d'idées, à la mise en commun de connaissances, au partage de responsabilités, à l'expression des aspirations et des désaccords et, enfin, à la franchise et à une critique constructive axée sur le contenu.

Outre ces éléments souvent observables — qu'il s'agisse du cadre organisationnel, de la structure et des modalités du fonctionnement des équipes ou des comportements de ses membres —, la collaboration interprofessionnelle subit aussi l'influence de dynamiques relationnelles qui affectent grandement sa qualité, son évolution et son efficacité. La collaboration interprofessionnelle s'inscrit dans le champ des relations humaines. Elle est donc porteuse de toutes les richesses, les nuances, la complexité et la subjectivité qui lui sont associées.

Parmi les dynamiques relationnelles, mentionnons très sommairement la question de la relation de confiance. L'établissement de liens de confiance entre les membres de l'équipe est vital pour la collaboration interprofessionnelle.

Estelle Morin (1996) estime que la présence de liens de confiance entre les membres d'un groupe a un effet direct sur la qualité du climat de travail (Lesage et Rice-Lesage, 1982 ; Barnes, 1981 ; Zand, 1972). Il y a donc un avantage certain à cultiver les liens de confiance entre les membres des équipes de travail. En effet :

> « La confiance implique la conscience d'un risque que l'individu est prêt à prendre dans sa relation avec les autres (Mayer et coll., 1995 ; Mink et coll., 1993 ; Zand, 1972), puisqu'elle représente la disposition d'une personne à attribuer aux autres de bonnes intentions et à accorder de la crédibilité à leurs décisions et à leurs comportements (Lesage et Rice-Lesage, 1982 ; Cook et Wall, 1980 dans Morin, 1996 : 311).

L'établissement du lien de confiance envers un autre individu se fera progressivement et en fonction de trois éléments :

1. « La prévisibilité (i.e. la capacité de prévoir les conduites d'autrui) ;
2. La fiabilité (i.e. la capacité de pouvoir compter sur l'autre) ;
3. La foi (i.e. l'assurance que l'autre va continuer de se montrer prévenant et d'adopter une attitude responsable) » (Rempel et Holmes, 1986, cité dans Morin, 1996 : 311).

Mayer et coll. (1995) ajoutent qu'on place sa confiance en celui qui possède les qualités suivantes :

- « La compétence (on sait qu'il est efficace et qu'il réussit généralement les projets qu'il entreprend) ;
- La bonté (on sait qu'il nous respecte et qu'il protège nos intérêts);
- L'intégrité (on connaît ses intentions et ses valeurs ; il est honnête) » (Morin, 1996 : 311).

Ces qualités seront appréciées sur la base des attitudes et des comportements des individus. Plus une personne adoptera des attitudes et comportements dignes de confiance, plus elle suscitera chez les autres un désir de faire confiance et donc d'adopter des attitudes et comportements compatibles (Cook et Wall, 1980 ; Lesage et Rice-Lesage, 1982).

Par ailleurs, le lien de confiance peut être grandement favorisé par la présence d'un sain leadership dans l'équipe (Saltz, 1992) ou, inversement, être saboté par la

présence d'inégalités, de liens hiérarchiques où l'exercice du pouvoir se déroule au détriment des valeurs de réciprocité, de respect et d'ouverture (Ogien, 1987).

C'est pourquoi la création d'un climat de confiance et de respect repose, entre autres, sur l'exercice de rôles explicites, mutuellement définis et complémentaires (Kérouac et coll., 1994 ; Julien, 1989).

Pour relever ces défis liés à des dynamiques relationnelles, les auteurs conviennent que les équipes devraient porter attention à leur processus de communication. Celle-ci demeure un élément crucial au bon fonctionnement d'une équipe. Elle doit s'avérer efficace et constante. Chacun doit savoir ce que l'autre fait, pourquoi et comment il le fait (Kérouac et coll., 1994 ; Dussault, 1990a ; Pesznecker et Paquin, 1982). Elle passe par l'évaluation régulière de son fonctionnement et par une attitude ouverte et honnête par rapport aux besoins et aux attentes de chacun des membres, ainsi que par une bonne entente quant aux règles de fonctionnement et aux outils à partager (Dussault, 1990a).

Sans doute l'organisation aura-t-elle un rôle important pour aider les équipes à mettre en place les activités nécessaires à la création d'un climat de confiance. L'organisation elle-même devra participer à la clarification des rôles et indiquer clairement la nécessité de reconnaître et respecter les expertises de chacun. L'on sait que dans les organisations, d'autres enjeux sont liés à des rapports de pouvoir fondés sur l'existence de professions dominantes. Il ne faut pas sous-estimer ce contexte de travail où des désaccords persistent au sein des professionnels quant à leur champ d'expertise, l'accomplissement de leurs rôles et leur sphère de responsabilités (Katan, 1984).

Finalement, parmi tous les éléments à considérer pour assurer la mise en place d'une collaboration interprofessionnelle harmonieuse, bénéfique et viable, il existe un autre élément déterminant et incontournable qu'on oublie trop souvent. On y a déjà fait allusion — « … le temps … » —

- « Le temps qu'on se donne pour se rencontrer ;
- Le temps qu'on se donne pour s'évaluer comme groupe ;

- Le temps qu'on se donne pour accueillir un nouveau membre dans l'équipe ;
- Le temps qu'on se donne pour évoluer comme groupe ;
- L'utilisation optimale que l'on fait du temps que l'on passe ensemble.» (Larivière et Ricard, 1999)

1.3.2 Et l'efficacité ?

La collaboration interprofessionnelle est reconnue dans les divers milieux d'intervention comme étant une nécessité. Elle représente une façon adéquate de planifier et d'offrir des services cliniques dans un système sociosanitaire réunissant des intervenants de divers horizons professionnels. Les bénéfices perçus, tant pour la clientèle que pour les professionnels et l'organisation, sont bien identifiés (Hébert, 1997 ; OPTSQ, 1996 ; Julien 1989). En fait, malgré le peu de réponses satisfaisantes jusqu'ici, la reconnaissance de la pertinence du travail d'équipe et de ses bénéfices est telle qu'on peut présumer cette modalité efficace (D'Amours, 1997 ; Dussault, 1990b).

De toute évidence, la question de l'efficacité demeure centrale et s'avère une piste privilégiée aux fins de recherches futures. Les quelques études s'étant intéressées à l'efficacité du travail d'équipe interprofessionnel identifient plusieurs de ses limites. Les principales sont surtout liées à la définition du concept de l'efficacité (Dussault, 1990b) et à l'identification de ses indicateurs (D'Amours, 1997).

En soi, l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle pourrait constituer le sujet d'un projet de recherche d'envergure. Eu égard à notre recherche, nous nous sommes moins attardée à ce thème. Mentionnons toutefois à cet effet la pertinence de la revue de littérature de Faulkner-Schofield et Amadeo (1999) et de la recherche de Larivière et Savoie (2001), cette dernière ayant été effectuée auprès des milieux de santé et de services sociaux de différentes régions sociosanitaires québécoises, soit Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie.

Les chercheurs américains Faulkner-Schofield et Amadeo (1999) souhaitaient effectuer une recension d'importance afin d'évaluer l'efficacité du travail interdisciplinaire. Cinq questions fondaient leur étude, soient :

- Quels sont les avantages et les désavantages du travail interdisciplinaire?
- Quelle est la relation entre le travail interdisciplinaire et les résultats du traitement ?
- Quelle est la relation entre le travail interdisciplinaire et les coûts des services ?
- Quel type de support (gestionnaire, financier ou informationnel) est nécessaire au succès du travail interdisciplinaire ?
- Quel rôle pourraient jouer les équipes interdisciplinaires dans la restructuration ou la réforme des services de santé et des services sociaux dans un contexte de compression budgétaire ?

Les auteurs n'ont pu répondre qu'aux deux premières questions. Ils en concluent que très peu de recherches permettent de se prononcer sur l'efficacité du travail interdisciplinaire. Pour ce faire, ils ont réalisé un travail d'envergure, consultant 2 200 résumés de recherche dans 8 champs de services reliés à la santé à partir de 4 bases de données (PsychLit (1974-1990) ; ERIC ; MedLine (1990-1996) ; Sociofile). Vingt-cinq articles ont été retenus pour chacun des secteurs où l'interdisciplinarité est davantage présente, soit :

- réadaptation, gériatrie, gérontologie ;
- services de santé et maladies chroniques ;
- santé mentale ;
- psychiatrie.

Au total, c'est 138 articles qui ont été retenus. Le nombre d'articles éliminés par les chercheurs s'explique par une définition insatisfaisante des termes interdisciplinarité et multidisciplinarité ainsi que par la pauvreté de contenu relatif à l'interdisciplinarité.

Les articles ont par la suite été classés selon quatre catégories : descriptive, processuelle, empirique et axée sur les résultats.

Articles descriptifs

On y a regroupé 55 articles. Selon les auteurs, l'interdisciplinarité y est abordée de façon générale et anecdotique. On fait référence à la littérature sans pour autant faire allusion au processus ou aux résultats empiriques.

Articles axés sur le processus

On y a regroupé 51 articles. Les auteurs rapportent que le processus de l'interdisciplinarité de l'équipe y est décrit, sans toutefois recourir à quelque méthode de recherche que ce soit. On y retrouve quelques références à la littérature, mais la plupart font surtout état d'expériences anecdotiques.

Articles empiriques

On y a regroupé 21 articles. L'approche conceptuelle repose sur des recherches ou des méthodes quantitatives. De plus, l'analyse met l'accent sur les effets du travail interdisciplinaire sur l'équipe elle-même. Les auteurs soulignent l'intérêt suscité par quelques articles dont nous ferons maintenant état, soit :

- Cooley (1994) qui examine les défis du travail interdisciplinaire dans une équipe de 25 employés d'une clinique de réadaptation. Il aurait été difficile toutefois d'obtenir des résultats clairs puisque la plupart des participants démontraient déjà les habiletés ciblées avant le programme de formation qui leur fut donné ;

- Stahelski et Tsukuda (1990) qui ont analysé des composantes spécifiques du succès de la coopération dans un groupe. Ils ont identifié deux variables en lien avec la coopération : 1) la taille de l'équipe et 2) le statut des membres (employés ou stagiaires). Les auteurs ne précisent pas cependant comment agissent ces variables ;

- L'étude menée auprès de 105 équipes multidisciplinaires par Alexander, Lichtenstein et Jinnett (1996) qui ont testé cinq hypothèses, dont quatre ont été mesurées au moyen d'un questionnaire. Les résultats révèlent que :

  - les membres plus âgés de l'équipe voient le travail d'équipe plus positivement ;
  - les travailleurs sociaux et les médecins voient le travail d'équipe de façon plus positive que les infirmières ;
  - plus l'équipe est grosse, plus le fonctionnement de celle-ci est négatif ;
  - la diversité des genres (homme / femme) parmi les membre de l'équipe est associée à un meilleur fonctionnement de celle-ci (contrairement à l'hypothèse de départ).

Articles axés sur les résultats

On a regroupé 11 articles, tous axés sur les résultats, utilisant des méthodes propres à étudier les effets de l'approche du travail interdisciplinaire sur des objets autres que l'équipe elle-même.

Parmi les auteurs consultés, peu ont présenté un modèle conceptuel bien défini. L'étude de Vinokur-Kaplan (1995b) a cependant retenu l'attention. Les résultats de cette recherche indiquent que des conditions préalables et facilitantes aident à prédire la capacité de l'équipe à répondre aux normes et à assurer la cohésion de l'équipe ainsi que le bien-être personnel de ses membres. L'atteinte des normes et la cohésion de l'équipe seraient aussi des variables servant à prédire l'efficacité générale de l'équipe.

La revue de 2 200 résumés d'articles, ainsi que l'analyse d'un peu plus de 100 articles, font mieux ressortir la confusion régnant dans l'utilisation des termes de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité. Malgré le temps et l'argent investis par les chercheurs dans l'exploration du sujet, les bénéfices découlant du travail des

équipes interdisciplinaires n'ont pas été véritablement étudiés ou documentés. Aussi, Faulkner-Schofield et Amadeo (1999) estiment que le peu d'évidence disponible pour tirer des conclusions empiriques ne permet pas de démontrer l'efficacité du travail interdisciplinaire de façon fiable. Malgré tout, les articles demeurent une importante source d'information sur l'état de la littérature relative au travail d'équipe interdisciplinaire. Les auteurs considèrent important de poursuivre les recherches afin de, notamment :

- clarifier la terminologie ;
- documenter le travail des équipes interdisciplinaires en mettant l'accent sur les caractéristiques et les activités qui contribuent au changement chez le client, le personnel ou l'organisation institutionnelle ;
- produire des articles de recherche mieux conceptualisés et plus analytiques.

Plus près de nous, une récente recherche menée au Québec par Larivière et Savoie (2001) s'est attardée à la question de l'efficacité du travail d'équipe pluridisciplinaire. Projet d'autant plus pertinent que l'on possède peu d'études empiriques d'une telle ampleur sur des équipes de travail.

Au départ, le double objectif de la recherche était de juger du degré d'efficacité des équipes de travail en présence et d'identifier les variables qui favorisent ou qui nuisent à l'atteinte de l'efficacité. Finalement, les auteurs ont principalement cerner les déterminants de l'efficacité, sans toutefois dégager un outil de mesure de l'efficacité.

L'échantillon s'est voulu largement représentatif des différentes équipes de travail du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, dix-sept (17) établissements de diverses régions (10 CLSC, 5 CLSC / CHSLD, 1 CHSLD et 1 CH) incluant 100 équipes et 751 équipiers ont participé à l'étude. De plus, la taille de l'échantillon a favorisé les analyses statistiques les plus élaborées jusqu'ici sur ce plan.

À l'aide du modèle intrants-transformation-extrants, un questionnaire fut bâti afin de mesurer les déterminants de l'efficacité, les variables médiatrices et l'efficacité

comme telle. En tout vingt-quatre (24) variables ont été mesurées. L'efficacité comme telle a été décrite par 2 variables : la qualité de l'expérience groupale et le rendement de l'équipe. La recherche a permis de générer un grand nombre de données quantitatives et qualitatives.

Les résultats de l'étude de Larivière et Savoie indiquent que les déterminants de l'efficacité d'une équipe pluridisciplinaire les plus puissants sont les suivants :

- L'interdépendance envers l'environnement, traduite principalement par la qualité de la formulation des objectifs et l'engagement des membres de l'équipe envers ces objectifs ;
- L'interdépendance entre les équipes et plus particulièrement l'interdépendance envers les tâches et les objectifs ;
- La qualité des transactions entre les équipiers, laquelle est déterminée par la présence de comportements d'amélioration continue, de soutien interpersonnel et de synergie. Le sentiment d'équité est une autre composante importante de la qualité des transactions entre les membres de l'équipe.

Enfin, les variables intermédiaires les plus puissantes sont :

- sentiment d'efficacité de l'équipe ;
- la cohésion de l'équipe envers la tâche ;
- l'effort au travail partagé ;
- l'attitude interdisciplinaire.

Conclusion

Aux fins de la présente étude, la collaboration interprofessionnelle est un terme générique décrivant les degrés d'intensité de collaboration que peuvent manifester des professionnels de formation différentes au sein d'une même équipe. Une équipe fonctionnelle pourra moduler son degré d'interaction, en passant d'un mode multidisciplinaire à un mode interdisciplinaire selon la complexité des problématiques de la clientèle qu'elle dessert. Un degré de collaboration plus

intense sera requis pour les problématiques ayant des causalités multiples, des pathologies concomitantes et des dimensions qui commandent l'intervention de plusieurs professionnels en même temps.

La littérature consacrée au concept de la collaboration interprofessionnelle révèle qu'il ne s'agit pas là d'un concept nouveau. Par ailleurs, il est reconnu qu'un professionnel ne peut à lui seul réaliser une évaluation globale de la situation d'un individu *et* offrir l'ensemble des services requis. Au fil des ans, de nouvelles spécialités professionnelles ont émergé, multipliant les acteurs en interactions et complexifiant par le fait même les défis inhérents au travail d'équipe. L'équipe — ce regroupement d'individus qui établissent des rapports d'interdépendance pour offrir des services de qualité à une clientèle commune — fonde l'action collective. Si elle veut s'avérer fonctionnelle, une équipe doit avant tout se donner un but commun, s'entendre sur ses normes de fonctionnement, respecter les champs de compétences de chacun et compter sur des membres capables d'ouverture et de souplesse. Ces conditions étant présentes, l'équipe devient une entité viable et évolutive. Cette évolution influencera la qualité des collaborations interprofessionnelles qui en découlent. Évidemment, plusieurs autres facteurs influenceront positivement ou négativement la collaboration interprofessionnelle. Deux grandes catégories de facteurs sont connues : les facteurs exogènes formés par le cadre législatif et le cadre organisationnel, puis les facteurs endogènes reliés à l'équipe elle-même, à sa composition, à son fonctionnement et aux caractéristiques de ses membres. Il va sans dire que l'établissement de relations de confiance entre les membres et le partage de pouvoir, canalisées par des mécanismes de communication efficaces, influencera favorablement une collaboration interprofessionnelle fonctionnelle.

Malgré les nombreux défis et obstacles à la collaboration interprofessionnelle, sa pertinence semble reconnue car les bénéfices perçus, tant pour la clientèle que pour les professionnels, sont nombreux. La clientèle jouit alors d'une meilleure compréhension de ses besoins, d'une plus grande variété de services, d'une cohérence et d'une continuité donc d'une qualité accrue des services qu'elle reçoit. Pour leur part, les professionnels bénéficient d'un plus haut taux de satisfaction,

d'un meilleur partage des responsabilités, d'une amélioration de leurs connaissances et d'une évaluation plus complète des besoins de leur clientèle.

Bien que son efficacité ne soit pas encore démontrée hors de tout doute, la collaboration interprofessionnelle n'est pas un phénomène passager. Elle fait bel et bien partie intégrante du paysage professionnel. La compréhension de ce concept se raffine. Certes, de nombreux défis se posent dans la pratique. En effet, les conditions qui favorisent son émergence et son évolution sont souvent loin d'optimales — quand elles ne sont pas tout simplement absentes.

Malgré tout, les discours contemporains font de la collaboration interprofessionnelle, peu importe les appellations qu'on lui donne, une réalité de travail incontournable, au cœur des pratiques professionnelles, de la planification et de la prestation de services sociosanitaires.

CHAPITRE 2 LE CONTEXTE DE LA FORMATION À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN MILIEU ACADÉMIQUE

La qualité de la collaboration interprofessionnelle n'est pas uniquement influencée par les conditions organisationnelles et structurelles. Elle est aussi tributaire des individus par qui cette collaboration passe. Le comportement de ces individus sera déterminé par leurs attitudes, elles-mêmes tributaires des valeurs et croyances de chacun.

Les croyances prennent leur source en grande partie en raison des connaissances accumulées. Il est donc judicieux de se demander comment préparer les futurs professionnels à établir des collaborations interprofessionnelles fonctionnelles. Dans ce deuxième chapitre, tout en précisant comment l'étudiant en service social est appelé à vivre des collaborations interprofessionnelles, nous explorons la pertinence d'une telle formation et les objectifs qui devraient s'y associer. Par la suite, nous ferons état de différentes expériences d'apprentissage à la collaboration interprofessionnelle en contexte de formation académique et nous exposerons les interrogations des différents acteurs face à un tel projet.

2.1 Les étudiants en service social : futurs membres d'une équipe pluridisciplinaire

À l'École de service social de l'Université de Montréal :

> « Le programme de baccalauréat prépare les étudiantes et étudiants directement à la pratique par des enseignements sur les problèmes sociaux et le développement de la personne, les institutions sociales et légales, et les méthodes d'intervention auprès des individus, des familles, des groupes et des communautés » (École de service social, Université de Montréal, 2003, http://www.esersoc.umontreal.ca/presentation.html).

Cette mission représente l'objectif principal de toute école de service social au Québec. Une étude comparée, réalisée auprès de ces écoles de formation universitaire, permet de dégager l'unanimité quant à l'objectif de former des travailleuses sociales polyvalentes et aptes à intervenir selon les trois méthodes

d'intervention caractéristiques de la profession : individuelle, groupe et collectivités (Rondeau et coll., 2001).

Par ailleurs, le RUFUTS (2000) recommande d'articuler l'objectif général de formation en travail social autour de 4 axes :

- « Fondements de la discipline du travail social ;
- Apprentissage de la pratique professionnelle en travail social ;
- Formation à la recherche ;
- Formation générale et scientifique » (p. 2).

Chacun de ces axes est découpé en plusieurs objectifs spécifiques. Parmi ceux-ci, on retrouve l'acquisition d'une capacité à œuvrer en multidisciplinarité. Dans l'esprit du RUFUTS, les programmes de formation universitaire en travail social devraient intégrer des activités pédagogiques favorisant l'acquisition d'apprentissages à la pratique multidisciplinaire.

Cette position rejoint celle d'autres acteurs, notamment des travailleurs sociaux membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux au Québec. Lors d'un sondage effectué par l'Ordre en 1997, la majorité des membres indiquaient que « la capacité d'apporter une contribution significative au travail interdisciplinaire » (Stephenson et coll., 2001 : 184) était une compétence clé à développer chez les futurs travailleurs sociaux. Les employeurs canadiens de travailleurs sociaux sont du même avis : « la capacité de travailler en équipe est une compétence essentielle » (Stephenson et coll., 2001 : 126).

Une récente édition de l'ouvrage Introduction au travail social (2000) consacre un chapitre à la question de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité. Pour l'auteur de l'article, il est clair que « l'interdisciplinarité devrait faire partie du bagage disciplinaire de formation universitaire au même titre que toute autre forme de travail d'équipe » (Hébert, 2000 : 283).

Par ailleurs, l'importance de former les travailleurs sociaux à la collaboration interprofessionnelle ne s'explique pas seulement par la présence significative de cette forme d'organisation du travail. En raison même des fondements de la pratique du travail social, les travailleurs sociaux peuvent jouer un rôle de leadership important au sein de telles équipes (OPTSQ, 1996 ; Hébert, 2000) :

> « Inversement, puisque l'intervention interdisciplinaire participe pour une part aux principes du travail social qui consiste à voir comme indissociables la personne et son environnement, l'importance du rôle du travailleur social dans cette forme d'intervention en est amplifiée. [...] Les travailleurs sociaux sont donc des maillons importants de ce type de structuration du travail d'équipe et ils peuvent avoir un rôle central dans le développement de la pensée interdisciplinaire de l'équipe. La formation à l'approche interdisciplinaire devient donc un enjeu considérable pour les travailleurs sociaux » (Hébert, 2000 : 280).

Il est reconnu que la formation au travail d'équipe, lors de la formation universitaire, influence positivement la qualité de la collaboration interprofessionnelle dans les milieux professionnels (Larivière et Ricard, 1999 ; Mellor et Solomon, 1992 ; Dussault, 1990b ; Lebel, 1990 ; Julien, 1989). D'Amours (1997) rapporte d'ailleurs que les participants à son étude ont identifié l'absence de formation et de sensibilisation au travail d'équipe, durant leur formation initiale, comme l'une des hypothèses explicatives des difficultés liées à la collaboration interprofessionnelle. La formation à la collaboration interprofessionnelle paraît bien sensibiliser les étudiants aux enjeux liés à cette forme d'organisation du travail et mieux les outiller pour y faire face.

Il est aussi démontré que la collaboration interprofessionnelle est une réalité de travail incontournable. Elle fait partie des pratiques contemporaines de l'organisation et de la prestation de soins et de services. Pour la plupart, les futurs travailleurs sociaux œuvreront dans des contextes de travail où la collaboration interprofessionnelle fait partie de leur quotidien à quelque degré d'intensité que ce soit. Déjà, en 1994, une étude menée auprès de 817 travailleurs sociaux confirmait que 75 % d'entre eux étaient membres d'une équipe interdisciplinaire (Poulin et coll.). Malgré une définition très large de l'interdisciplinarité, cette étude suggère qu'une grande majorité des travailleurs sociaux, dans ce cas-ci en gérontologie, ont

à collaborer régulièrement et à coordonner leurs activités avec des professionnels d'autres disciplines. Howe et coll. (2001) rappellent aussi qu'au XXIe siècle, le travailleur social sera davantage exposé à travailler avec des adultes vieillissants éprouvant des problèmes de santé complexes et chroniques.

Or, la reconnaissance de l'importance du travail d'équipe se fait dans un contexte où les équipes ont été déstabilisées par de multiples changements dans le secteur de la santé et des services sociaux. Si les discours actuels sont favorables à un certain réinvestissement financier, on n'en questionne pas moins les pratiques, notamment les modes de collaboration entre les intervenants, les services et les organisations. Les équipes sont ainsi conviées à revoir leurs façons de faire. Il arrive que cela s'effectue dans des contextes qui ne favorisent pas nécessairement une bonne collaboration interprofessionnelle.

Une étude effectuée en 1997 ayant pour but de faire un état de situation sur les conditions dans lesquelles se pratique le travail social, précise en ce qui à trait à l'interdisciplinarité que :

> « Les praticiens du travail social qui ont participé à l'étude se sont dit préoccupés par les questions suivantes dans le contexte interdisciplinaire du travail social : fragmentation accrue, dilution des rôles du travail social et déprofessionnalisation » (Schmidt et coll., 2001 : 97).

Souvent, les travailleurs sociaux sont seuls à assumer le fardeau de telles difficultés. S'il fut une époque où ils étaient fortement représentés dans les équipes (Kane, 1983), une étude récente ayant fait le point sur la profession du travail social au Canada révèle qu'au Québec, depuis la réforme de 1992 dans le réseau de la santé et des services sociaux, les travailleurs sociaux sont souvent en minorité dans les divers milieux (Stephenson et coll., 2001). De plus, les nouveaux modes d'organisation du travail, comme ceux de la gestion par programme, par exemple, les isolent de leurs collègues disciplinaires. Par ailleurs, les activités d'encadrement professionnel — activités généralement propices aux échanges entre pairs —, ne sont pas majoritairement présentes dans la plupart des milieux (Stephenson et coll., 2001 : 174). Cette situation accroît les défis confrontant les jeunes professionnels lors de leur intégration au sein d'une équipe de travail. Les enjeux

liés à la collaboration interprofessionnelle sont nombreux et de divers ordres. Il est donc important de les préparer le mieux possible aux réalités professionnelles.

Il semble que les milieux de formation universitaire n'ont pas tous accordé autant d'importance à la collaboration interprofessionnelle. Sous toute réserve, seules deux facultés des sciences infirmières (Université de Sherbrooke et Université Laval) offrent présentement des cours sur le travail d'équipe et l'interdisciplinarité. D'autres projets des formations académiques ont eu lieu, il y a quelques années (Université de Sherbrooke), et une réflexion approfondie sur le sujet a été menée à l'École de service social de l'Université de Laval (Lindsay et coll., 1998).

Une recension des écrits produite par Hall et Weaver (2001) indiquait qu'en 1976, seuls 36 % des programmes de formation en santé mentale comportaient une composante relative à l'interdisciplinarité (Bloom et Parad, 1976). En 1982, moins de 30 % des écoles de médecine canadiennes et américaines offraient un programme ou une composante interdisciplinaire à leurs étudiants et, de ce taux, moins de la moitié des programmes étaient obligatoires (McPherson et Sachs, 1982).

Par ailleurs, la plupart des expériences recensées dans la littérature sont accessibles à un nombre limité d'étudiants et sont souvent des projets pilote, dont peu ont été reconduits (Hall et Weaver, 2001).

Plus récemment, en contexte québécois, la Commission Clair rapportait que :

> « À ce jour, on constate en effet que la formation de base prépare peu, ou mal à l'interdisciplinarité. Selon nous, la formation professionnelle dans les disciplines de la santé et des services sociaux, doit se rapprocher du terrain pour mieux tenir compte de la réalité du travail en équipe interdisciplinaire » (Rapport Clair, 2000 : 128).

Ricard (2002) a formé dans le cadre de formations continues, près de 1200 professionnels du réseau. Dans une réflexion sur la formation au travail interdisciplinaire il écrivait :

> « Il est surprenant de voir à quel point les intervenants ont peu de connaissances sur les processus de groupe tels que la résolution de conflits, les techniques d'animation, la structuration d'une rencontre de travail, la résolution de problèmes, la priorisation des activités et les modes de communication. Généralement, seulement 2 ou 3 personnes au sein d'un groupe de 20 ont une connaissance minimale de ces divers aspects. Peu de professionnels ont bénéficié d'une formation au travail d'équipe pendant leurs études collégiales et universitaires, et ces manques sont rarement compensés par les perfectionnements donnés dans les organisations » (p. 6).

D'autres auteurs soutiennent aussi que les travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé, incluant les infirmières, les aides infirmières, les médecins, les pharmaciens, les thérapeutes en rééducation, ne sont pas adéquatement formés au travail d'équipe interdisciplinaire avec des clients âgés (Howe et coll., 2001 ; Hyer, 1998).

À la lumière de ce qui précède, on comprend mieux que, à l'issu d'un colloque sur l'interdisciplinarité, une grande majorité de participants, professionnels et gestionnaires ait émis, parmi les propositions prioritaires, l'objectif suivant :

> « Que les ordres s'assurent que la formation à l'interdisciplinarité fasse partie intégrante du profil de compétence de tous les professionnels, et ce, tant au niveau de la formation de base qu'au niveau de la formation continue » (Actes du Colloque, 2001, Section 3, première page).

2.2 La pertinence et les avantages

Un étudiant muni d'une connaissance de base des dimensions et des implications d'une collaboration interprofessionnelle efficace, ainsi que des conditions favorables à son évolution, sera déjà mieux capable de faire face au défi de « vivre » la collaboration interprofessionnelle (Dussault, 1990a).

Suivant leur recension de la littérature, Lindsay et coll. (1998) attestent des avantages conférés par une formation académique orientée vers la collaboration interprofessionnelle. Ils en déclinent les bienfaits suivants :

- l'opportunité d'interagir avec des étudiants d'autres disciplines sur une base collégiale (Holland et coll., 1994) ;
- une meilleure connaissance de sa profession et celle des autres ;
- une réduction des écarts de langage au plan terminologique (Casto et coll., 1994) ;
- une perception relativisée et davantage critique par rapport à sa propre discipline ;
- la possibilité d'un engagement plus actif et d'une implication professionnelle plus grande (Spencer, 1987) ;
- la présence de jeunes professionnels mieux préparés à la pratique professionnelle (Casto et coll., 1994) ;
- l'amélioration des habiletés de communication (Harbaugh et coll., 1987) ;
- l'acquisition d'une attitude plus positive quant à l'utilisation du conflit dans la résolution des problèmes complexes (Casto et coll., 1994) ;
- l'augmentation du sentiment de confiance et de compétence.

L'ensemble de ces avantages bénéficie à tout professionnel de la santé et des services sociaux qui intervient dans un contexte de collaboration. Plus particulièrement, la formation de base devrait cibler :

> « les secteurs où les programmes d'enseignement professionnel ont des intérêts communs ou qui se chevauchent. [...]. Dans les secteurs où ce serait dans l'intérêt du client d'augmenter la communication et la coopération entre les professions » (Casto et coll., 1994 : 97-98, cité dans Lindsay, 1998 : 49).

Plus les besoins de la clientèle présenteront un degré de complexité élevé, plus les professionnels devront collaborer pour offrir un meilleur service et plus une formation préalable se révélera pertinente. En effet, une plus grande complexité des besoins de la clientèle supposera généralement la présence d'un grand nombre d'intervenants autour d'une personne mais, aussi, la nécessité d'intensifier la collaboration interprofessionnelle. Somme toute, il sera souhaitable d'augmenter le degré de coopération, de communication et de coordination. Ceci implique une plus grande interinfluence entre pratiques professionnelles.

La majeure partie de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux s'adresse à des problématiques complexes. De plus, le regard spécifique de ces professionnels — axé vers une recherche de compréhension globale —, associé à leur champ d'activités très large — comprenant l'individuel, le groupe et les collectivités —, les interpelle davantage à agir auprès de clients présentant des besoins variés et complexes.

Ainsi les travailleurs sociaux sont, à notre avis, parmi les groupes professionnels les plus sujets à une collaboration interprofessionnelle régulière et intense. Plus que tout autre professionnel, ils se doivent d'être suffisamment préparés à cette réalité.

2.3 Les objectifs de la formation sur la collaboration interprofessionnelle

Deux principaux objectifs d'enseignement se dégagent de la littérature consultée par Lindsay et coll. (1998) :

1. un enseignement basé sur un contenu commun (ex. : gérontologie), mais destiné à différentes disciplines. L'objectif est d'assurer un tronc commun de connaissances et de discuter de l 'organisation des soins et des services les plus pertinents ;
2. un enseignement de l'interdisciplinarité de façon globale, l'objectif étant d'acquérir la capacité à travailler ensemble.

Outre le fait d'inciter au travail interdisciplinaire, l'enseignement de la collaboration interprofessionnelle vise plusieurs objectifs secondaires, rapportent les auteurs (Lindsay et coll., 1998) :

- acquérir des connaissances sur le processus interdisciplinaire et ses composantes (animation, prise de décision, confidentialité) ;
- développer des habiletés et des attitudes (ex. : respect des autres, écoute, capacité d'interagir sans juger, partage du pouvoir, etc.) (Solomon et Mellor, 1992) ;
- connaître les concepts, théories, méthodes et langage de disciplines voisines ;

- comprendre la valeur d'une approche globale et intégrée ;
- comprendre l'essence et les limites de sa propre profession (Houle et coll., 1987).

Dans le contexte de la formation continue, d'autres objectifs s'ajoutent :

- connaître les dimensions des problèmes à résoudre ;
- connaître le fonctionnement organisationnel ;
- acquérir les compétences et les habiletés à communiquer (Dussault, 1990a).

2.4 Des compétences à développer

En regard des objectifs de formation qui ont été présentés, des compétences doivent aussi se voir maîtrisées par les membres de l'équipe pour optimiser leur degré de collaboration interprofessionnelle (Vinokur-Kaplan, 1995a). Certains auteurs rapportent qu'en plus de négliger l'initiation des étudiants aux rudiments de la collaboration interprofessionnelle, les milieux universitaires valorisent un mode de pensée qui incite la compétition entre les professionnels et le repli sur soi de chaque groupe professionnel. Dussault rapporte à ce sujet :

> « Ces valeurs ne sont pas toujours compatibles avec celles que véhiculent les programmes de formation professionnelle d'où sont issus les intervenants du secteur socio-sanitaire. La formation, en règle générale, tend plutôt à mettre l'accent sur le caractère distinctif de la discipline et sur la nécessité de le maintenir et de le renforcer, ainsi que sur l'autonomie dans l'exercice de sa profession. Au terme de leur formation initiale, les professionnels de la santé et du bien-être ont habituellement intériorisé une culture professionnelle faite d'un langage, de pratiques, d'une vision de la santé et de la maladie qui lui est propre. Ainsi, socialisés, ils se retrouvent dans un univers de travail, où ils doivent cohabiter avec des intervenants qui appartiennent à d'autres univers culturels et qui eux aussi, veulent maintenir et promouvoir leur spécificité. La rencontre des cultures professionnelles produit souvent des chocs dont les effets ne sont pas toujours positifs pour les destinataires des services. Les rivalités et les querelles territoriales qui en résultent ne prédisposent pas particulièrement bien à la multidisciplinarité » (Webb et Hobdell (1980), cité dans Dussault, 1990b : 5).

Les interactions interprofessionnelles font appel à des notions de travail d'équipe, de coopération, de concertation et de coordination. Chacune de ces dimensions s'appuie sur des savoirs et des habiletés à développer et à maîtriser. On peut apprendre à travailler en équipe, à collaborer et à se coordonner. Nous avons déjà souligné que la maîtrise d'habiletés n'est pas suffisante. En effet, des éléments comme le contexte organisationnel ou les facteurs individuels peuvent influencer grandement la qualité de la collaboration interprofessionnelle. Malgré tout, les auteurs s'entendent sur l'importance de développer des habiletés de base suffisantes pour amorcer comme il se doit la collaboration interprofessionnelle.

La littérature recensée par Lindsay et coll. (1998) les incite à regrouper le contenu de la formation à offrir aux futurs professionnels sous quatre thèmes :

1. l'interdisciplinarité ;
2. le domaine d'intervention ;
3. la spécificité de chaque profession ;
4. le travail d'équipe comme groupe de tâches.

L'interdisciplinarité

Le thème de la collaboration interprofessionnelle, et plus spécifiquement l'interdisciplinarité, devrait inclure les formations suivantes :

- les bases théoriques du fonctionnement interdisciplinaire (Casto et coll., 1994) ;
- le développement d'aptitudes au travail d'équipe, soit : la détermination d'objectifs, la définition et la clarification des rôles des membres, la communication, le partage des tâches et du pouvoir, le processus de décision (Lebel, 1990) ;
- les limites de sa propre expertise en lien avec la responsabilité de décision, la confidentialité et l'éthique (Houle, 1987) ;
- la connaissance de sa profession (en pré-requis) ;
- pour les travailleurs sociaux, la connaissance des questions de politiques de distribution de services (Falk, 1977).

Le domaine d'intervention

Le domaine de l'intervention regroupe des individus ayant des besoins communs, mais qui compte tenu de la complexité de leurs problèmes nécessitent les services de différents professionnels. Le critère qui regroupe les individus peut varier. On peut notamment considérer leur âge (ex. gérontologie, enfance-famille) ou leur état de santé (ex. psychiatrie, VIH / SIDA).

À partir de l'intervention avec les personnes âgées, les auteurs consultés proposent donc une formation en gérontologie axée sur :

- le rôle de la famille, la dépendance et l'autonomie, les situations de crise, la communication avec la personne âgée (Laforest, 1997) ;
- l'acquisition de compétences et d'attitudes relationnelles (Dejean de la Batie, 1990) ;
- les connaissances globales communes telles le vieillissement normal et pathologique, la connaissance de la charte des droits des bénéficiaires, du code d'éthique, des valeurs, de la mission et de la philosophie des établissements qui les emploient (Khalid, 1996) ;
- le programme d'enseignement pour les travailleurs sociaux comprendrait des séminaires spécifiques à leur discipline, la priorité allant à la connaissance de leur propre profession (Solomon et Mellor, 1992).

La spécificité de chaque profession

La connaissance de l'histoire, des buts, des valeurs et des traditions, tout autant que le caractère unique et commun de chaque profession doit faire partie des apprentissages du futur professionnel (Lindsay et coll., 1998). Lifshitz (1996) écrit justement que pour faciliter leurs relations interprofessionnelles, les travailleurs sociaux œuvrant en équipe multidisciplinaire devront :

> « décrire, définir et examiner leur rôle [...] Cela supposera qu'ils ont une conception claire et concise de leur rôle auprès des personnes qu'ils desservent. Ils devront comprendre parfaitement le rôle des autres professionnels et le créneau

occupé par le service social dans l'équipe multidisciplinaire » (p.45).

Le travail d'équipe comme groupe de tâches

Ce champ de compétences devrait inclure des notions relatives :

- aux connaissances concernant le groupe : nature, raison d'utilisation, objectifs ;
- à la composition du groupe ;
- au rôle de l'animateur et les qualités requises pour cette fonction ;
- aux étapes de prise de décision ;
- à la gestion des conflits ;
- à la participation des membres.

La revue de littérature de Hall et Weaver (2000) avait aussi pour but d'identifier les compétences à développer chez les futurs professionnels. Comme plusieurs des problèmes identifiés dans la littérature gravitent autour de la notion des rôles de chacun dans l'équipe de travail — le manque de clarté dans la définition des rôles ; le chevauchement des compétences (Mariano, 1989) ; les idées préconçues véhiculées par la culture, les croyances et l'approche cognitive de sa propre discipline (Hill, 1998) —, Mariano (1989) suggère d'intégrer dans les programmes de formation des exercices pour clarifier la perception des rôles et attentes, identifier ses propres compétences professionnelles et celles des autres membres, explorer les responsabilités pouvant se chevaucher et renégocier l'assignation des rôles.

Trois autres secteurs d'habiletés sont aussi à développer, soient ceux qui réfèrent à la communication, à la résolution des conflits et au leadership.

Habiletés de communication

Les habiletés de communication représentent le principal facteur d'efficacité du fonctionnement interdisciplinaire (Mariano, 1989). Selon plusieurs auteurs, on peut apprendre à mieux communiquer. Par ailleurs, la capacité de communiquer

ouvertement, honnêtement et clairement avec les autres membres peut réduire le stress (Elliott-Miller et coll., sous presse).

Habiletés à résoudre les conflits

Ces habiletés doivent s'enseigner tôt dans la formation (McKenna, 1981). Elles aident à gérer les problèmes liés au chevauchement des rôles (McKenna, 1981) et à la perception du statut des membres de l'équipe (Clark et coll., 1996).

Habiletés de leadership

Le leader est généralement désigné par un groupe parce qu'on lui reconnaît des habiletés de leadership. Pour les futurs professionnels, il s'avère utile d'avoir une bonne connaissance des processus de groupe et de ses conditions de viabilité et de développement. Les personnes naturellement dotées de qualités de leadership pourront mieux les utiliser si elles bénéficient d'une formation à cet égard. Évidemment, une bonne connaissance des processus de groupe et des habiletés d'animation de groupe chez le plus grand nombre possible permet, dans les équipes de travail, d'assurer une rotation du leader.

Il faudra aussi prévoir le développement du savoir-être qui réfère à l'intégration de l'identité professionnelle, mais aussi aux croyances et aux attitudes telles le respect, l'ouverture, la confiance et l'intégrité. Les attitudes ont une influence significative sur la qualité des relations interprofessionnelles puisqu'elles détermineront dans une très large mesure les comportements des individus et ce, en dépit de l'ensemble des conditions organisationnelles qui prévalent. Ainsi, une personne ouverte à l'autre, possédant une bonne identité professionnelle et qui croit assurément à la complémentarité des interventions multiprofessionnelles sera définitivement mieux capable d'établir des collaborations interprofessionnelles de qualité. Aussi sera-t-elle plus convaincue de la nécessité d'agir pour obtenir les conditions propices à l'établissement d'une collaboration interprofessionnelle efficace.

Ainsi, les conditions favorables à un bon fonctionnement d'équipe reposent non seulement sur des facteurs organisationnels (Vinokur-Kaplan, 1995a), mais sur la

compétence des membres de l'équipe aux plans personnel, disciplinaire et des habiletés de fonctionnement en petit groupe (Larivière et Ricard, 1999).

Puisque la collaboration interprofessionnelle est une réalité de travail incontournable dans les milieux professionnels, les étudiants, ces futurs professionnels doivent y être préparés. La bonne volonté ne suffit pas. Ils doivent s'outiller pour collaborer de façon efficace avec leurs collègues de diverses professions.

2.5 Une typologie pour les approches de formation à la collaboration interprofessionnelle

Pronovost et coll. (1991) ont dégagé trois approches de leur analyse des différentes expériences d'enseignement de la collaboration interprofessionnelle, lors de la formation académique. Nous en ajoutons une quatrième, expérimentée par Lebel (1990) et Solomon et Mellor (1992) :

1. **le curriculum interdisciplinaire** : des cours sur l'interdisciplinarité sont offerts, en commun, à des étudiants des diverses disciplines de l'établissement d'enseignement. Le premier objectif est d'assurer un langage commun ;
2. **l'expérience de formation académique** : une faculté offre à ses étudiants un cours de durée variable, sur les différents aspects du travail d'équipe et de l'interdisciplinarité ;
3. **l'expérience de formation clinique** : des étudiants de disciplines différentes font une expérience d'intervention interdisciplinaire, en milieu réel ;
4. **l'enseignement interdisciplinaire d'une spécialisation** : des étudiants de formations différentes ont à suivre des cours sur un contenu spécialisé (ex. : la gérontologie) et sur les dimensions du travail interdisciplinaire. Lebel (1990) tout comme Solomon et Mellor (1992), ont toutefois précisé après avoir expérimenté cette formule, qu'elle ne devrait être offerte qu'aux étudiants du deuxième cycle.

Aucune des recherches consultées ne mesurait l'efficience de l'une ou l'autre de ces expériences de formation et comme nous le verrons, les quelques recherches évaluatives s'étant penchées sur la question n'ont pas généré de conclusions probantes — cela en plus de d'avoir encouru certaines limites méthodologiques. Aucune ne peut donc prétendre actuellement être préférable à une autre. Cette nomenclature a toutefois le mérite d'offrir une meilleure compréhension des expériences d'enseignement à la collaboration interprofessionnelle en contexte de formation académique.

Tous les modèles de formation comportent des avantages et des désavantages. La première approche, le curriculum interdisciplinaire, offre l'avantage de réunir autour du thème de l'interdisciplinarité des étudiants de formation différente et permet donc d'établir un premier niveau de relation « interprofessionnelle », de même qu'une compréhension commune des différentes notions liées à l'interdisciplinarité. Hall et Weaver (2001) appellent cette approche « apprentissage axé sur le problème » (problem-based learning ou PBL). Selon ces auteurs, ce modèle permet de favoriser des connaissances et des habiletés aux plans psychomoteur et des attitudes. Le recours à des activités d'apprentissage structurées et à des études de cas permet de développer, chez l'étudiant, l'écoute et la collaboration entre lui et les autres membres d'équipe. Cependant, ce type de cours est, en principe, facultatif. On ne rejoint donc pas toute la population concernée. Par ailleurs, il faut offrir des mécanismes de soutien — notamment un suivi étroit par les professeurs de la discipline — aux étudiants pour s'assurer d'une bonne compréhension des notions vues et d'une intégration positive des expériences de formation « interdisciplinaire ».

La deuxième approche, l'expérience de formation académique, permet d'aborder les thèmes beaucoup plus en profondeur. La mise en place de cette stratégie éducative est relativement simple. Cependant, comme l'ont déjà noté les auteurs (Pronovost et coll., 1991), l'aspect unidisciplinaire de la formation introduit plusieurs limites dans les apprentissages.

Le troisième type, l'expérience de formation clinique offre le grand avantage de « faire vivre » l'interdisciplinarité en partant de problématiques réelles. Selon

Jacobs (1987), ce modèle clinique qui applique la théorie par l'intervention auprès d'une personne en besoins réels, avec pour effets de vraies conséquences, amènerait l'étudiant à se percevoir comme davantage responsable contrairement au modèle théorique qui analyse, pour ainsi dire, à un niveau relativement plus l'abstrait. Hall et Weaver (2001) qualifient cet apprentissage axé sur les services à l'usager de « service/learning ». Leur revue de littérature illustre bien à quel point ce modèle, articulé en milieu clinique, stimule les étudiants à travailler efficacement ensemble. Cette stratégie suppose cependant un niveau d'organisation très complexe, un encadrement serré de la part des enseignants des diverses disciplines, ainsi qu'une très grande concertation entre eux.

Quant à l'enseignement interdisciplinaire d'une spécialisation, Lebel (1990) souligne que cette approche est avantageuse pour différents champs d'intervention qui présentent des problématiques complexes et multiples. Le programme « Geriatric Interdisciplinary Team Training » (GITT), mis sur pied en 1996 à New York, s'inscrit dans cette approche (Howe et coll., 2001). Au moyen d'outils pédagogiques traditionnels et novateurs, il communique à l'étudiant en travail social les habiletés qui rendent une équipe interdisciplinaire en gérontologie efficace. Bien que les méthodes pédagogiques varient selon l'établissement, ceux d'entre eux qui dispensent le Programme GITT visent à uniformiser les connaissances. Tous, par exemple, font intervenir les sept habiletés identifiées par le Social Work Interest Group. Le rôle du travailleur social est mis en rapport avec d'autres disciplines du domaine de la santé. Cela constitue l'une des forces du programme, permettant de clarifier la contribution du travailleur social dans la pratique interdisciplinaire et de transmettre les habiletés nécessaires au travail de groupe dans ce champ d'activité. Quant aux établissements proposant une formation selon le modèle GITT, la diversité de disciplines des étudiants participants pose en soi, de l'avis de Howe et coll. (2001), de nombreux défis, nommément reliés :

- aux conflits d'horaires : la durée des stages prévue varie d'une discipline à l'autre ;
- à la diversité des niveaux d'habiletés : le rythme dans la progression de la formation diffère d'une profession à l'autre nécessitant, de toutes les

parties, des ajustements et entraîne des complications au niveau de l'enseignement ;

- au degré de collaboration des écoles et des milieux cliniques : des alliances fortes sont nécessaires pour assurer le succès de la formation ;
- au manque d'intérêt dans les facultés d'enseignement et la pénurie de formateurs en gérontologie ;
- aux différences au niveau de la culture professionnelle : difficulté de répondre aux attentes et aux besoins de formation de différentes professions ;
- à la pénurie de formateurs à l'interdisciplinarité dans un contexte de gériatrie : risque d'épuiser le bassin de ressources existantes.

Cet exemple illustre bien les propos de Lebel (1990) à l'égard de la complexité à tous les niveaux — organisationnel, académique, professionnel, administratif et individuel — concernés par une telle approche. Elle précise aussi, comme d'autres auteurs américains l'ont fait (Mellor et Solomon, 1992), l'importance que le corps enseignant lui-même maîtrise parfaitement les notions de l'interdisciplinarité en théorie comme en pratique.

2.6 Quelques expériences de formation académique à la collaboration interprofessionnelle

Nous avons pu recenser différentes expériences de formation à la collaboration interprofessionnelle, selon les différentes approches décrites par Pronovost et coll. (1991). Cette dernière a aussi pu expérimenter différentes approches. Elle souligne que déjà, à la fin 1970, l'Université de Sherbrooke avait amorcé une réflexion par rapport à l'enseignement à la collaboration interprofessionnelle et ce, plus particulièrement à la Faculté des Sciences infirmières.

Une expérience menée en 1981, après deux ans d'élaboration, était rapportée par Chartier et ses collègues (1984). La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke réalisait alors une expérience de travail en équipe interdisciplinaire sur une période de 15 semaines. Elle se fondait sur ***une approche de formation clinique***, c'est-à-dire un projet de formation qui rassemble des étudiants de

disciplines différentes, qui auront à vivre en milieu réel, une expérience d'intervention clinique (Pronovost et coll., 1991).

Deux équipes de trois étudiants à la 2e année du premier cycle y étaient formées. Chacune des disciplines suivantes était représentée : psychologie, sciences infirmières et service social. À ce moment, la Faculté de médecine dû se retirer du projet en raison de contraintes administratives, principalement issues de conflits d'horaire.

Le projet prévoyait un double encadrement, soit une supervision de l'équipe par une psychologue en relations humaines (élément original du projet) à raison d'une demi-journée aux deux semaines et une autre supervision des individus par les professeurs de chaque discipline sur une base hebdomadaire. Compte tenu de la double structure d'encadrement, deux modalités d'évaluation furent retenues, soit :

1. une évaluation individuelle d'objectifs personnels et professionnels basée sur un examen oral individuel sur la synthèse des acquisitions professionnelles et un rapport écrit sur l'ensemble des apprentissages (pour certains étudiants selon les programmes) ;

2. une évaluation collective des apprentissages sur l'interdisciplinarité basée sur une rencontre entre les étudiants et deux professeurs au projet pour évaluer les acquisitions au niveau de l'interdisciplinarité, l'observation de trois rencontres enregistrées sur vidéo pour chacun des groupes, ainsi que deux rencontres de toutes les personnes impliquées dans le projet pour faire le point sur l'expérience.

De plus, les étudiants devaient tenir un journal de bord et compléter un questionnaire de rendement optimal à chaque rencontre. Le devis pédagogique prévoyait un objectif général — le développement de la personne comme individu, comme professionnel et membre d'un groupe de travail pluridisciplinaire — assorti d'objectifs spécifiques : description des étapes de l'intervention, de la structure de l'encadrement, des modalités d'évaluation des étudiants et de l'expérience et rôle des professeurs.

Le tableau I de la page suivante compare, dans ses grandes lignes, l'expérience d'intervention interdisciplinaire des deux équipes telles que décrites par les auteurs. L'évaluation globale du projet a mis en évidence :

- les carences théoriques des étudiants relatifs à une expérience interdisciplinaire, celle-ci étant source de grande insécurité (surtout pour la deuxième équipe dont le moral et les liens interpersonnels ont été ébranlés par l'impossibilité d'établir un plan d'action) ;
- les difficultés organisationnelles de chacun des départements universitaires ;
- les difficultés des étudiants à reconnaître leurs compétences et à confier la coordination à l'une des leurs, possiblement à cause d'une identité professionnelle encore à cristalliser.

Cinq facteurs relatifs au caractère interdisciplinaire d'un travail d'équipe se sont manifestés davantage et ont retenu l'attention des auteurs :

1. cibler une tâche interdisciplinaire qui fasse appel aux compétences professionnelles de chacun ;
2. assurer un lien entre l'équipe et le client en désignant un des membres pour coordonner et canaliser l'information ;
3. viser un modèle de collaboration globale où toute l'activité des professionnels dépend de l'équipe interdisciplinaire. Ce type de collaboration nécessite une clarification des attentes face à leur niveau de collaboration pour bien synchroniser leurs efforts ;
4. avoir intégré une identité professionnelle qui caractérise et différentie ;
5. reconnaître la compétence professionnelle de chacun dans l'équipe pour que puissent se résoudre les conflits provenant de confrontations professionnelles.

Malgré la grande complexité caractérisant l'organisation de ce projet et la mobilisation de multiples ressources, les auteurs ont dressé un bilan positif de l'expérience d'apprentissage des notions d'interdisciplinarité et ont recommandé la poursuite du projet, avec les ajustements suivants, soit :

- de donner dès le départ un encadrement théorique structuré (par exemple de présenter un exposé sur les phases de l'intervention) ;
- de faire évaluer de façon plus stricte la cible d'intervention par les superviseurs (par exemple d'établir le premier contact avec le milieu pour cerner le degré de difficulté possible).

Ces correctifs ont été appliqués à l'occasion d'un second projet mené par les auteurs et ont effectivement permis aux participants de réaliser les mêmes apprentissages, tout en vivant moins d'anxiété et en profitant d'une supervision professionnelle plus éclairée.

Cette expérience de formation offre un certain intérêt. On y retrouve différents outils de cueillette de données et différents degrés d'évaluation. Cependant, l'expérience renseigne peu sur les acquis réels des participants et encore moins sur le potentiel de transfert des apprentissages vers les milieux de pratique. Aucune mesure pré-test des connaissances des étudiants ou d'évaluation des transferts des apprentissages n'a été effectuée. On ne précise pas non plus comment le choix des participants a été réalisé. Il se peut que la satisfaction des participants ait été très grande parce qu'ils étaient très intéressés et motivés par ce projet et qu'ils possédaient déjà des connaissances suffisantes sur ce thème. On ne peut donc pas conclure à l'efficacité d'une telle méthode d'enseignement, qui demeure complexe à organiser, et ce malgré l'intérêt qu'elle peut présenter.

TABLEAU I
Résultats de l'expérience de formation de Chartier et coll., 1984

Lieux d'intervention	Équipe No. 1 : Organisme bénévole	Équipe No. 2 : Milieu universitaire
Nature de l'intervention	Planifier une séance d'information à l'intention de parents d'enfants déficients mentaux.	Plan d'aide en vue de résoudre les difficultés que pourrait vivre un étudiant handicapé physique.
Étapes à franchir	• Cueillette de données • Analyse • Établissement d'objectifs • Plan d'action • Exécution et évaluation du plan d'action	• Même que ci-contre.
Résultats	• Un plan d'action (et les étapes qui le précèdent et mentionnées ci-haut) a pu être établi sans qu'il ne puisse toutefois être exécuté à cause de difficultés rencontrées dans le milieu d'intervention.	• Seules les étapes de cueillette de données et d'analyse on pu être complétées. Ni les objectifs, ni le plan d'action n'ont pu être établis, la problématique ciblée n'étant pas assez complexe pour justifier l'intervention de trois professionnels de formation différentes.
Difficultés rencontrées	• Manque de connaissance de leurs professions respectives • Difficulté à planifier de travail individuel et de groupe • Doutes et méfiance à l'égard de la compétence des autres membres • Réticence à nommer un coordonnateur • Communication / client • Déterminer au départ la collaboration de chacun • Besoin de clarification du langage et des valeurs professionnelles	• Même que ci-contre mais davantage en lien avec l'aspect du travail interdisciplinaire puisque la cible d'intervention ne nécessitait pas la compétence des membres.
Apprentissages	• Meilleure connaissance des valeurs de leur milieu malgré la faiblesse de leur identité professionnelle • Occasion de confrontation et d'interrogation de leur profession et de celles des autres • Connaissance d'un système client et de la façon de l'approcher • Apprentissage du travail d'équipe	• Même que ci-contre.

Un autre projet, selon une ***approche de formation académique*** cette fois-ci, a été répété à la Faculté des sciences infirmières (Pronovost et coll., 1991). Il s'agissait d'offrir à des étudiants des sciences infirmières (3e année) et de médecine (2e année) deux sessions de trois heures portant sur le concept de l'interdisciplinarité. Le projet visait surtout à favoriser la rencontre entre deux groupes appelés à travailler ensemble dans les milieux de pratique. Il voulait aussi leur permettre de comprendre ce qu'est l'interdisciplinarité, quand elle s'avère pertinente, quelles attitudes, habiletés et compétences sont requises pour un travail d'équipe efficace, les éléments à considérer lors de la formation d'une équipe et les principaux processus du travail d'équipe. Les méthodes pédagogiques étaient variées : panel, travail en atelier, plénière, exposé magistral et lectures.

Les étudiants participant à ce projet ont exhibé un haut niveau de satisfaction et une bonne atteinte des objectifs. Ils ont recommandé la poursuite de cette expérience, la jugeant nécessaire à leur préparation au marché du travail. Cependant, une difficulté importante par rapport à la formation de l'identité professionnelle fit surface en raison de l'hétérogénéité des groupes. Plus spécifiquement, les infirmières, contrairement aux étudiants en médecine, ont une expérience de travail. Pour elles, le baccalauréat est une spécialisation. Elles ont donc déploré de se trouver souvent en position de « formatrice » par rapport aux étudiants en médecine.

L'expérience fut rééditée avec un nouveau groupe d'étudiants. La durée du projet était la même et les objectifs visaient surtout à mettre l'accent sur les échanges entre les deux professions. Les méthodes pédagogiques furent modifiées (travail en atelier « unidisciplinaire » et ensuite « multidisciplinaire », plénières, lectures et très bref exposé magistral sur les modes de collaboration interprofessionnelle). Encore là, le degré de satisfaction des étudiants fut élevé bien que le problème d'hétérogénéité de la clientèle ait refait surface. La majorité des étudiants a quand même souligné l'effet positif d'une telle expérience sur la formation de l'identité professionnelle. En dépit du statut spécifique des étudiants en sciences infirmières, les auteurs concluent justement que ce type d'expérience est très pertinent et doit être vécu assez tôt dans le curriculum de formation.

Une autre expérience, réalisée en Angleterre par Reeves et coll. (2002), situe ce genre de formation à mi-chemin ***entre l'approche du curriculum interdisciplinaire et de la formation clinique***.

La recherche s'est déroulée en 1999 au Centre de formation du Royal London Hospital en Angleterre, dans un service interprofessionnel de formation et de placement pour étudiants en médecine, en nursing, en thérapie ré-éducationnelle et en physiothérapie. Le modèle de formation proposé par ce service est unique en Angleterre. Il offre un stage de formation donnant l'opportunité d'offrir des soins aux usagers des départements d'orthopédie et de rhumatologie, ce tout en bénéficiant de la supervision et du soutien de praticiens et de personnes ressources. Le recrutement des étudiants se fait par l'intermédiaire de quatre écoles participantes et la durée du stage est de deux semaines. L'apprentissage est axé sur l'atteinte de deux objectifs principaux, le développement du rôle professionnel et la promotion du travail en équipe interprofessionnelle dans un environnement clinique réel.

Pendant son stage, l'étudiant bénéficie de deux types de supervision : l'une orientée sur la spécificité de la profession et l'autre orientée sur le travail en équipe. Elle est assurée par trois infirmières qui accompagnent l'étudiant tout au long du stage pour faciliter le travail d'équipe, du personnel de médecine, de rééducation et de physiothérapie qui apportent un soutien spécifique à la profession tout en assumant leur propre travail et quatre employés cadres qui assurent la supervision quotidienne des étudiants en médecine. Une évaluation « multi-méthodes » a été effectuée afin de connaître les processus d'apprentissage et les résultats atteints par les étudiants stagiaires en regard de la planification et de la réalisation d'un plan de soins dans un contexte de travail en équipe interdisciplinaire. L'équipe de recherche a voulu connaître l'impact de la formation sur les étudiants participants, les personnes ressources et les patients.

L'échantillon de l'étude était composée de trente-six étudiants regroupés en six équipes interprofessionnelles, chacune formée de :

- deux étudiants en médecine ;
- deux étudiants en nursing ;
- un étudiant en thérapie ré-éducationnelle ;
- un étudiant en physiothérapie.

Plusieurs outils d'analyse furent mis à contribution :

Avant le projet

- Entrevues semi-structurées auprès de huit personnes ressources et de onze employés travaillant sur les lieux de l'étude concernant leur perception des avantages et inconvénients de la mise sur pied de l'équipe de formation.

Pendant le projet

- Collecte de données sur les avantages et les inconvénients du service de formation à l'aide des moyens suivants :
  - un questionnaire remis aux 36 étudiants avant et après leur placement ;
  - des entrevues de groupe à la fin du placement ;
- Recueil des observations tout au long du placement en mettant l'accent sur le travail au sein du service, le relais dans les tâches et les sessions de réflexion ;
- Questionnaire remis à 23 usagers du service pour évaluer les services reçus.

Après le projet

- Entrevues portant sur l'impact de l'équipe de formation avec les personnes ressources et le personnel soignant ;
- Observation du travail dans le service suite au retour à la routine habituelle.

Les résultats de l'étude sont présentés au tableau II et formulés en fonction des points positifs et négatifs de l'expérience de formation, selon les groupes impliqués.

Les auteurs concluent que l'expérience est, règle générale, perçue comme positive par les étudiants, par le personnel et par les usagers.

Les principaux succès de l'équipe ont trait :

- à la pertinence et à la richesse de l'apprentissage des étudiants ;
- au développement professionnel des personnes ressources ;
- à la satisfaction élevée des usagers quant à la qualité des soins et à l'attention accordée par l'équipe d'étudiants.

L'étude a par ailleurs mis en lumière certains besoins :

- axer davantage les objectifs d'apprentissage sur les étudiants ;
- offrir une meilleure préparation des étudiants avant le placement ;
- assurer un meilleur suivi de l'implication des étudiants en médecine au plan des tâches d'équipe ;
- veiller à sensibiliser les personnes ressources par rapport aux risques d'épuisement professionnel.

TABLEAU II
Résultat de l'expérience de formation anglaise
Centre de formation du Royal London Hospital (Reeves et coll., 2002)

	Points positifs	Points négatifs
Selon les étudiants	• Un plus haut niveau de responsabilité et d'autonomie jugés fort utiles et pertinents en regard de la pratique future ; • Une vision réelle de ce que représente la gestion d'une charge de travail ; • Les sessions de réflexion en groupe ont été jugées extrêmement aidantes pour la gestion du travail et ont permis un meilleur apprentissage; • Les horaires de travail et le relais des tâches amenaient les étudiants à passer plus de temps ensemble ce qui favorisait une meilleure collaboration (ce même point comporte aussi un aspect négatif, voir ci-contre).	• Stress et anxiété provoqués par un plongeon dans la réalité avec peu de temps pour s'ajuster (situation exacerbée par les niveaux de support inégaux d'une personne-ressource à l'autre) ; • Manque d'enthousiasme des étudiants en médecine quant à leur participation aux tâches d'équipe ; • Frustration des étudiants (autres qu'en nursing) en regard des horaires sur des quarts de travail et du relais des tâches qu'un tel horaire nécessite. On considère ce modèle comme s'appliquant à la réalité du travail des infirmières ; • Les étudiants des formations autres que médecine déploraient le contenu trop médical des réunions de compte-rendu ; • Trop grand nombre d'objectifs à atteindre en deux semaines (relevé par tous les étudiants).
Selon les personnes ressources	• Toutes ont noté une amélioration au niveau de leurs habiletés à aider et une meilleure compréhension de la collaboration interprofessionnelle ; • Expérience positive et utile.	• Degré de soutien aux étudiants qui s'avère inégal selon les croyances des personnes ressources; • Les employés des domaines de la rééducation et de la physiothérapie ont rapporté des difficultés à gérer à la fois leur propre tâche et leurs responsabilités à titre de personne ressource. Ils se sont dits préoccupés par le risque d'épuisement professionnel, s'ils devaient soutenir ce rythme sur une longue période.
Selon les usagers	• Tant les usagers participant à l'étude que ceux n'y participant pas se sont dits satisfaits des services. • Cependant, ceux qui y participaient se sont dits plus satisfaits des services en regard de l'écoute et des réponses à leurs questions ainsi qu'en regard de l'information reçue et de la réponse à leurs besoins.	

Pour sa part, Kevin (2002) s'étonne que cette expérience ait été jugée par les participants comme étant positive, une source d'apprentissage valable, une opportunité d'exercer davantage de responsabilités et de démontrer plus d'autonomie. Elle s'interroge aussi quant aux aspects négatifs exprimés par ces participants au sujet de la composante interprofessionnelle de la formation. À ce sujet, elle rappelle que les étudiants ont manifesté un manque d'enthousiasme pour les tâches interprofessionnelles et dénoté un manque de participation. De plus, selon le même auteur, au cours de la formation :

- les étudiants ont priorisé des objectifs d'apprentissage relatifs à leur propre profession ;
- les étudiants de formation autre que médecine ont déploré le contenu trop médical des réunions de compte rendu ;
- les étudiants de formation autre que nursing ont déploré les horaires sur quarts de travail, perçus comme un modèle s'appliquant aux infirmières ;
- les usagers ont rapporté peu d'impact quant à la qualité des soins reçus d'un groupe par rapport à l'autre.

Kevin (2002) questionne fortement l'utilité d'une telle expérience de formation pour atteindre un objectif d'apprentissage à la collaboration interprofessionnelle.

Une troisième expérience de formation s'inscrivant dans une ***approche d'expérience de formation académique*** plus traditionnelle a été conduite à l'École de médecine de l'Université de Vienne. Dans cette étude, Kropiunigg, Puchern et Weckenmann (2002) ont comparé deux méthodes d'enseignement de la médecine dispensées le cadre d'un cours obligatoire en psychologie médicale : celles de la méthode traditionnelle et de la méthode dite du « teamshaping » dont faisait référence Walton (1997) dans son étude intitulée « Small Group Methods in Medical Teaching ». Dans cette expérience, on ne vise pas l'enseignement de la collaboration interprofessionnelle comme telle mais une de ses composantes significatives, le travail d'équipe.

La méthode de travail en petits groupes du modèle du *teamshaping* va au-delà des limites de la structure conventionnelle de l'enseignement basé sur la présentation

de matériel didactique et sur la discussion. C'est un modèle holistique qui établit un lien entre le processus d'apprentissage du contenu et le processus de fonctionnement du groupe.

Dans le contexte de la présente étude, les membres de l'équipe ont ainsi été appelés à étudier un problème de psychologie médicale en tenant compte à la fois :

- du fonctionnement du groupe ;
- des connaissances et des expériences acquises dans leurs études ;
- des expériences tirées de leur propre vécu et de celui des membres de leur famille.

Un modérateur n'intervenait, en fournissant l'information scientifique appropriée, que dans les cas où les membres ne pouvaient traiter d'un problème.

La question de recherche fut la suivante : le modèle du *teamshaping* permet-il aux étudiants de bénéficier de ce processus d'apprentissage sans mettre un trop grand stress sur leur capacité à fonctionner dans une équipe ?

La population à l'étude était formée de 140 étudiants de 3e année de médecine inscrits au cours obligatoire « Psychologie médicale » (trois sessions de quatre heures) à l'École de médecine de l'Université de Vienne en Autriche. L'échantillon était composé de deux groupes, c'est-à-dire d'un groupe contrôle (94 étudiants divisés en huit groupes qui reçoivent un enseignement traditionnel) et d'un groupe expérimental (46 étudiants divisés en 4 groupes reçoivent un enseignement selon la méthode du *teamshaping*).

Les mesures d'évaluation utilisées furent celles du Group Climate Questionnaire (version abrégée GCQ-5) administré à la fin de chacune des trois sessions et de l'Échelle de Likert devant mesurer l'engagement, les conflits et le retrait / dépendance.

Les chercheurs sont parvenus aux conclusions suivantes :

- il n'existe aucune différence entre les deux groupes aux niveaux de l'engagement et du retrait / dépendance ;
- une amélioration significative des deux groupes dans les trois échelles à la fin du séminaire ;
- une perception significativement élevée des conflits dans le groupe expérimental lors de la première mesure (temps -1) ;
- une réduction plus significative des conflits dans le groupe expérimental lors de la dernière mesure (temps -2) ;
- un engagement légèrement plus élevé du groupe *teamshaping* au temps 2.

Par ailleurs, aucune différence significative en regard de l'âge et du sexe entre les deux groupes ne fut observée.

Comme l'avaient anticipé les auteurs, les deux méthodes d'enseignement sont susceptibles de créer une saine atmosphère dans le cadre d'un séminaire. Toutefois, l'approche du *teamshaping* produit des effets plus marqués. Les premières sessions où les étudiants doivent se familiariser avec l'approche *teamshaping* et la nouveauté de celle-ci engendre plus de conflits pour ce groupe, lesquels sont cependant surmontés au fil du temps.

Dans l'ensemble, cette approche, tout en contribuant comme le font d'autres modèles d'enseignement aux connaissances en psychologie médicale, offre aux étudiants une expérience directe du travail d'équipe, malgré le contexte unidisciplinaire.

Kevin (2002) s'interroge également par rapport aux résultats de cette étude. Sa critique met principalement l'accent sur le fait que le groupe expérimental a éprouvé davantage de conflits que le groupe contrôle alors que, à la deuxième et à la troisième mesure, les deux groupes présentaient des résultats similaires. Elle se demande quelle aura été l'utilité de soumettre le groupe expérimental a un problème de gestion de conflits si, au terme de l'expérience, les deux groupes parviennent aux mêmes résultats ?

D'autre part, l'hypothèse voulant que le fonctionnement dans un tel contexte améliore certains aspects de la performance n'a pas encore été validée (Kevin, 2002). Kevin ajoute que le niveau de validité et de fidélité du questionnaire utilisé dans cette étude n'a pas été rapporté.

Certains nous mettent en garde quant aux conclusions trop hâtives concernant l'efficacité des expériences de formation à la collaboration interprofessionnelle. Hall et Weaver (2001), par exemple, soulignent à cet effet :

- que seuls 7 % des participants impliqués dans des activités de formation à l'interprofessionnalité étaient des médecins, les autres étant des infirmières ou d'autres professionnels de la santé (Horder, 1992) ;
- une participation élevée de femmes (peut-être en raison de leur forte présence dans les disciplines de nursing et de physiothérapie) ;
- le recours à une participation volontaire dans la plupart des projets (ce qui peut entraîner un biais) ;
- un nombre restreint de participants par projet ;
- une baisse de la participation des étudiants en médecine après les premières années.

De plus, les auteurs identifient un biais possible dans l'évaluation positive de l'enseignement par les participants. À leur avis, ce biais pourrait être dû au fait qu'on retrouve dans ces groupes des étudiants naturellement prédisposés à collaboration interprofessionnelle.

La revue de littérature de Lindsay et ses collaborateurs (1998) soulève la question des conditions nécessaires à la mise en place d'une formation à la collaboration interprofessionnelle et plus précisément à l'interdisciplinarité, soit :

- la capacité de réunir un groupe homogène en dépit des connaissances de base différentes et des expériences professionnelles variées ;
- l'engagement et l'appui des établissements quant aux aspects légaux, organisationnels et monétaires ;

- les qualités d'honnêteté, de respect, de confiance tant chez les membres du groupe que chez les enseignants ;
- la prise en considération de problèmes de la vie réelle (Casto et coll., 1994) ;
- l'enseignement dans des secteurs ayant des intérêts communs ou qui se chevauchent (Dejean de la Batie, 1990) ;
- le choix d'un dénominateur commun des connaissances et aptitudes destinées aux diverses disciplines (Lebel, 1990) ;
- la nécessité d'un groupe interdisciplinaire pour enseigner les études interdisciplinaires (Solomon et Mellor, 1992) ;
- la nécessité de professeurs formés à l'interdisciplinarité (Banks et Byrne, 1996) ;
- la disponibilité des professeurs afin d'accompagner les étudiants dans leurs démarches (Jacobs, 1987).

Lyndsay et ses collaborateurs (1998) rappellent aussi que des obstacles émanant tant de la structure et de la culture des établissements universitaires, que des attitudes et des perceptions des participants peuvent rendre difficile la mise sur pied d'une formation en interdisciplinarité. Un ensemble d'éléments doit donc être considéré lors de la planification d'une formation à la collaboration interprofessionnelle en milieu académique.

2.7 La question de l'identité professionnelle

En soi, le contenu d'apprentissage relié à la collaboration interprofessionnelle fait consensus chez les auteurs recensés lors de cette revue de littérature. Néanmoins, différents points de vue coexistent quant au moment le plus judicieux pour en réaliser les apprentissages. La question de l'identité professionnelle n'est pas étrangère à ce débat.

Pour certains, la formation à la collaboration interprofessionnelle doit se présenter au début des études (Horak et coll., 1998 ; Anvaripour et coll., 1991) :

> « Il est recommandé que cette initiation se fasse tôt au cours de formation professionnelle. Les préjugés sont alors moins ancrés et l'identité professionnelle en émergence permet une certaine souplesse et une ouverture favorable au dialogue » (Pronovost et coll., 1991 : 41).

Pour d'autres, il est préférable d'acquérir avant tout une solide formation dans sa propre discipline. La formation à la collaboration interprofessionnelle se situerait en fin de programme ou s'offrirait aux étudiants post-gradués (Mariano, 1999 ; Petrie, 1976).

Abramson (1993) considère aussi la consolidation de l'identité professionnelle comme étant essentielle. Elle estime que les gestionnaires des départements de services sociaux ont un rôle primordial à jouer sur ce plan. Le moment venu de son intégration dans un milieu de travail, recommande-t-elle, le nouveau praticien devrait bénéficier d'un programme d'orientation et de supervision. Ce dernier permettrait de bien comprendre le contexte organisationnel, mais surtout les valeurs du service, le rôle attendu du travailleur social et l'orientation des services à la clientèle. L'auteure rappelle qu'un nouveau praticien est souvent vulnérable ; son insécurité et son désir d'être accepté par sa nouvelle équipe de travail peuvent l'inciter à adopter des comportements qui ne sont pas toujours compatibles avec les orientations du travail social. Elle souligne : « The informal system will acculturate new employees if social work administrators abdicate that responsability » (p. 153).

D'autres auteurs, enfin, sont plutôt en faveur d'une formation à la collaboration interprofessionnelle qui s'adresse à des professionnels en cours d'emploi, œuvrant en équipe de travail formée d'intervenants de professions différentes. Blockstein (1983), selon Dussault (1990a), estime qu'il s'agit là du moment le plus profitable parce que le professionnel a alors une meilleure perception de ses besoins et, *in situ*, vit déjà l'interdisciplinarité. Évidemment, cela requiert que l'organisation supporte cette orientation et que les membres de l'équipe apprécient la pertinence d'une formation interdisciplinaire (Dussault, 1990a).

L'intégration de l'identité professionnelle serait donc très importante dans ce contexte. Jusqu'à quel point l'identité professionnelle doit-elle être intégrée ? Une trop grande affirmation peut être, selon certains, un frein à la collaboration. Les étudiants risqueraient alors d'être « trop liés par une telle identité respective qui les rendraient inflexibles dans leurs rôles et fermés à la communication et la coopération » (Lebel, 1990 ; Clark, 1987) :

> « Students must have sufficiently developed professional identities in order to be able to participate on the team as specific professional – including the necessary knowledge-base required – yet not to be so tied up by such respective professional identification that they are inflexible in their roles and closed to communication and cooperation » (cité dans Lebel, 1990 : 81).

La présence de ces deux pôles — identité trop ou pas assez affirmée —, incite plusieurs chercheurs à envisager la production d'un programme de formation s'échelonnant sur deux périodes. Une première période unidisciplinaire pourrait se situer lors des premières années d'études et n'aborder que les notions de collaboration interprofessionnelle. Une deuxième période, en fin de formation initiale (ou intégrée à un programme d'études avancées ou de formation continue), permettrait surtout d'entreprendre une formation qui réunit des étudiants de formation professionnelle distincte (Lindsay et coll., 1998).

Enfin pour certains auteurs, l'idéal pour tout intervenant est de profiter de formations continues adaptées à ses besoins professionnels, tout en ayant eu les notions de base suffisantes lors de sa formation initiale afin d'amorcer correctement ses expériences de collaboration interprofessionnelle (Poulin et coll., 1994 ; Dussault, 1990a ; Lebel, 1990) :

> « Il faut établir des priorités et étaler cet enseignement tout au long de la formation pré et post-gradué, ainsi que dans le cadre de la formation professionnelle continue. Il ne faut pas mépriser les approches multidisciplinaires car elles constituent une étape préliminaire à la formation à l'interdisciplinarité » (Lebel, 1990 : 83).

La question de l'identité professionnelle en contexte de formation reste entière puisque, malgré les positions en présence, on dispose de peu de recherches pour appuyer les unes ou les autres. Quels indices possède-t-on d'une bonne

intégration de l'identité professionnelle ? Comment mesure-t-on le degré et la qualité de l'intégration ? Quelle est l'influence des facteurs personnels et environnementaux sur la qualité de l'affirmation de l'identité professionnelle ?

Devant autant de questions sans réponses, on prend la mesure de la complexité de ce débat. Il demeure à notre avis important d'approfondir la question du « quand la formation doit être offerte ? » afin de mieux cibler les niveaux de contenu et leur pertinence en regard des différentes étapes d'une formation initiale et d'une formation continue.

Conclusion

L'insertion au marché du travail associé à l'intégration dans une équipe pluridisciplinaire pose, pour le jeune professionnel, de nombreux défis.

Les futurs travailleurs sociaux interviennent régulièrement auprès d'une clientèle présentant des problématiques variées et complexes qui les appellent, sur une base régulière, à établir avec leurs collègues des collaborations interprofessionnelles. Comme nous l'avons vu au chapitre 1, les interactions professionnelles peuvent s'inscrire dans un contexte de travail compétitif et conflictuel, où les rapports de pouvoir dominent au détriment de la finalité du travail d'équipe qu'est la prestation de services de qualité. Or, la réalité des milieux professionnels est telle que les futurs travailleurs sociaux sont souvent isolés de leurs pairs et que les mesures d'encadrement professionnel leur sont peu accessibles. De ce point de vue, l'importance d'une formation préalable pour amorcer correctement des collaborations interprofessionnelles prend encore plus d'importance.

Les auteurs s'entendent pour reconnaître la pertinence d'initier les futurs professionnels aux notions de base de la collaboration interprofessionnelle. Différentes approches de formation peuvent être envisagées. Chacune d'elle, cependant, présente des avantages et des limites. Divers projets de formation ont été mis sur pied principalement dans les facultés de soins infirmiers, de service social et de médecine. On peut toutefois déplorer que la plupart demeurent justement « une expérience » et s'adressent à des petits groupes. Ils dépassent rarement le statut de projet pilote.

Malgré ce qui précède et la difficulté de démontrer l'efficacité d'une formation à la collaboration interprofessionnelle, les auteurs en reconnaissent l'importance. Cela étant, un élément suscite beaucoup de questionnements. Il s'agit de la question de l'identité professionnelle. Quel est l'impact d'une exposition à la collaboration interprofessionnelle sur la formation de l'identité professionnelle naissante ? Les opinions varient, bien qu'une tendance se dessine : celle optant d'aborder la

question de la collaboration professionnelle en fin de parcours de formation académique. Idéalement, elle serait introduite au moyen de notions de base lors de la formation académique, laissant le futur professionnel disponible pour parfaire ses connaissances en contexte de formation continue en milieu de travail.

CHAPITRE 3 LA MÉTHODOLOGIE DE RECHECHE

Le présent chapitre traite des différentes dimensions de la méthodologie de recherche. Nous y précisons l'objet de la recherche et les questions qui en découlent. Ayant identifié la stratégie de recherche adoptée, nous décrivons les caractéristiques des sujets participants à la recherche.

Une deuxième section est consacrée à l'outil utilisé pour réaliser la collecte de données, ses avantages, ses limites et sa structure. Ayant présenté les modalités de notre cueillette de données, nous discutons de notre méthode d'analyse de l'ensemble des données obtenues.

3.1 Objet de la recherche

La collaboration interprofessionnelle a beaucoup intéressé le milieu de la recherche. On retrouve un grand nombre d'articles et d'études visant à mieux la décrire et, surtout, à identifier les déterminants favorables à des relations interprofessionnelles efficaces. Bien que la plupart des conditions qui influencent ces relations sont liées aux individus, elle reviennent aussi à l'organisation du travail et au contexte socio-législatif qui encadrent les milieux professionnels. Toutefois, peu de recherches se sont penchées sur la question de la formation des professionnels à la collaboration interprofessionnelle. Certaines des études recensées au chapitre 2 révèlent qu'une réflexion est amorcée et que différents types d'expériences de formation à la collaboration interprofessionnelle ont été entrepris. Cela dit, peu d'entre elles ont pu identifier les stratégies de formation les plus profitables ou les impacts réels de telles formations.

De plus, très peu de recherche ont donné la parole aux premiers intéressés, les futurs professionnels. Que pensent-ils de la collaboration interprofessionnelle ? Sont-ils bien au fait de cette réalité des milieux de travail et des exigences qui en découlent ? Sentent-ils le besoin d'être mieux formés à cette pratique ? Nous l'ignorons. D'où notre intérêt pour cette recherche et pour une méthodoiogie qui permette autant au futur qu'au jeune professionnel de s'exprimer en ce sens.

3.1.1 Questions de recherche

Étant inscrite à la maîtrise en service social, notre souhait premier était de connaître l'opinion des futurs travailleurs sociaux, tout comme celle des travailleurs sociaux qui ont effectué une entrée récente sur le marché du travail. Nous voulions connaître leur niveau de connaissance par rapport à la collaboration interprofessionnelle, leurs sources d'apprentissages, l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans leur milieu de travail et les besoins de formation à la collaboration interprofessionnelle qu'ils suggèrent d'inclure à la formation au premier cycle. Le site de l'École de service social de l'Université de Montréal allait de soi puisqu'il s'agit d'un environnement familier et bien disposé à collaborer à notre projet. Avant tout, il nous apparaissait pertinent de sonder des cohortes d'étudiants finissants et de jeunes diplômés en service social, par rapport aux questions suivantes :

1. La collaboration interprofessionnelle est-elle présente de façon significative dans les milieux de travail des finissants et des jeunes professionnels en service social ?
2. Quelles sont les connaissances sur la collaboration interprofessionnelle des finissants en service social de l'École de service social de l'Université de Montréal ?
3. Quelles ont été les principales sources d'apprentissages à la collaboration interprofessionnelle pour ces mêmes finissants ?
4. Quels sont les besoins d'apprentissages à la collaboration interprofessionnelle que ces finissants soulèvent ?

3.1.2 Stratégie de recherche

Il s'agit d'une recherche de type exploratoire. Nous disposons de peu d'informations sur les connaissances acquises par les étudiants et les diplômés lors de la formation en service social et celles qui seraient souhaitables d'acquérir en regard de la collaboration interprofessionnelle. Considérant que la collaboration interprofessionnelle est une réalité de travail incontournable, pour laquelle les

étudiants auront dû développer des compétences, il apparaît important d'aller vérifier leur niveau de connaissance et les opinions qu'ils entretiennent à ce sujet.

3.2 Caractéristiques des sujets participants

3.2.1 Milieu

La présente recherche a été effectuée auprès des étudiants de l'École de service social de l'Université de Montréal. L'École offre des programmes de baccalauréat, de maîtrise et de doctorat en service social.

3.2.2 Population et échantillon

La population à l'étude est composée des étudiants des 2e et 3e années du baccalauréat ainsi que des bacheliers en service social gradués des années 1999 et 2000.

Les étudiants à la 2e année ont complété leur stage pratique et pour la plupart, ont fait l'apprentissage *in vivo* de la collaboration interprofessionnelle. Ils ont expérimenté les différentes dimensions de la pratique de l'intervention sociale et ont été directement confrontés à leurs forces et à leurs limites. Ils peuvent déjà témoigner de leurs besoins immédiats d'apprentissage par rapport à la collaboration interprofessionnelle. Les étudiants à la 3e année du baccalauréat, tout en étant encore en formation, ont pris un certain recul par rapport à leur stage et ont poursuivi leur intégration de nouveaux apprentissages. Ils sont disposés à poser un regard différent sur les processus d'apprentissages des activités reliés à la collaboration interprofessionnelle.

Pour leur part, les diplômés des deux dernières années offrent une autre perspective. Sans pour autant être trop éloignés de leur « période de formation », ces jeunes professionnels ont pour la plupart eu l'occasion de travailler. De ce fait, ils peuvent déjà témoigner des exigences des milieux de travail par rapport à la collaboration interprofessionnelle et ce, tout en ayant bien en mémoire les apprentissages de leur formation initiale. Cette cohorte peut être source

d'informations sur la pertinence des apprentissages à la collaboration interprofessionnelle en cours de formation.

Cela nous permet donc une vision assez large de la problématique. À l'égard du même sujet, l'étudiant peut s'exprimer selon une variété de perspectives puisqu'on le consulte à des moments clé de sa trajectoire ; stagiaire, finissant et jeune professionnel.

Les étudiants du 2e cycle ne sont pas inclus dans cette recherche. Nous avons privilégié le programme du baccalauréat puisqu'il dispense la formation de base du futur intervenant social.

Dans un autre ordre d'idées, un échantillonnage par strate a été formé. Les strates ont été constituées par les catégories suivantes :

- groupe 1 : étudiants ayant complété leur stage de formation pratique en 2001
- groupe 2 : finissants de l'année 2001
- groupe 3 : jeunes professionnels diplômés en 2000
- groupe 4 : jeunes professionnels diplômés en 1999

Il n'y a eu aucun critère de sélection à l'intérieur de ces strates.

La taille de l'échantillon souhaitée était la suivante :

- groupe 1 : 15 étudiants stagiaires en 2001
- groupe 2 : 15 étudiants finissants en 2001
- groupe 3 : 15 diplômés en 2000
- groupe 4 : 15 diplômés en 1999

Au terme de la recherche, l'échantillonnage pour les deux premiers groupes était de 100 %. Pour le groupe 3 et le groupe 4, nous avions respectivement 80 % et 53 % de l'échantillonnage souhaité.

Puisqu'il s'agit d'un processus de recherche exploratoire, notre intérêt premier n'est pas de généraliser les résultats, mais bien de dégager des thématiques qui pourront être validées ultérieurement afin d'approfondir des connaissances. Aussi, nous n'avons pas ambitionné de fournir un échantillon statistiquement représentatif. Toutefois, le nombre de questionnaires reçus et disponibles pour chacun des groupes nous apparaît suffisant pour amorcer une réflexion sur les connaissances des étudiants en service social de l'Université de Montréal sur la collaboration interprofessionnelle et sur leurs besoins de formation en vue d'une intégration au sein d'équipes interprofessionnelles.

3.3 Méthodologie de recherche

Les participants ont complété un questionnaire auto-administré. Il s'agit de la seule méthode de collecte de données utilisée. À l'origine, nous avions aussi prévue une entrevue semi-structurée avec des enseignants. Pour des raisons d'ordre personnel nous n'avons pas donné suite à ce projet. Nous reconnaissons que cela introduit une limite à l'interprétation de nos données.

3.3.1 Avantages et limites de l'outil de collecte de données

Le questionnaire auto-administré, validé par un pré-test, demeure une méthode simple, utile et économique pour qui veut rejoindre un grand échantillon et l'interroger sur un sujet multidimensionnel. Un avantage supplémentaire du questionnaire est de permettre d'établir des comparaisons entre les réponses et, lorsque les réponses sont quantifiées et que la forme du questionnaire est standardisée, de dresser des liens entre nombre de variables.

Comme toute méthode, le questionnaire comporte des limites non négligeables. La matière qui la fonde doit être limitée et peu complexe. De plus, le questionnaire manque de flexibilité au sens où le répondant se retrouve devant des choix limités. Il est ainsi restreint au plan des nuances voulues à ses réponses (Mayer et Ouellet, 1991). Cette méthode est également tributaire de la capacité du sujet à s'exprimer par écrit.

Par ailleurs, et notamment en regard des questionnaires auto-administrés, le chercheur ne contrôle pas le sens que donnera le répondant à la question. Ceci implique qu'il ne peut intervenir d'aucune façon auprès du sujet. En corollaire, le chercheur ne contrôle ni les conditions dans lesquelles le questionnaire est complété ni — ou que très faiblement — l'engagement du répondant à retourner le questionnaire. À cet effet, l'intérêt du répondant pour le thème de recherche influence assurément sa motivation à répondre au questionnaire. Pour cette raison, il est très utile de faire un rappel auprès de l'échantillon pour l'inciter à retourner le questionnaire afin d'en augmenter le taux de retours. Dans notre cas, il ne nous a pas été permis d'accéder aux données personnelles des étudiants de l'École. En effet, nous n'avons pu effectuer de rappels puisqu'en conformité avec les règles d'éthique, l'envoi des questionnaires s'est fait par un tiers, soit le secrétariat de l'École de service social.

Afin de nous assurer d'un taux de réponse satisfaisant et atteindre l'échantillonnage souhaité, nous avons alors acheminé nos questionnaires à toute la population concernée, soit près de 250 personnes, plutôt qu'à un simple échantillon.

3.3.2 Structure du questionnaire

La lettre d'introduction qui accompagnait notre questionnaire précisait l'objet de recherche et offrait une définition de la collaboration interprofessionnelle permettant de situer les répondants par rapport à ce concept.

La construction du questionnaire somme toute assez long, mais qui comporte des questions simples avec choix de réponses, a été réalisée en fonction des questions suivantes :

- Quel est le portrait des répondants ? Sont-ils finissants ou jeunes professionnels ? Travaillent-ils au sein de leur profession ? Dans quel type d'organisation œuvrent-ils ? Possèdent-ils d'autres formations que celle du service social ?
- Oeuvrent-ils dans un milieu professionnel qui les place en situation de collaboration interprofessionnelle ? Comment cette collaboration se vit-

elle et est-elle soutenue par l'organisation ? Est-ce dans la majeure partie de leurs dossiers qu'ils sont appelés à collaborer régulièrement avec d'autres professionnels ? Quelle importance leur organisation accorde-t-elle à la collaboration interprofessionnelle ? Les regroupements professionnels sont organisés de quelle façon ? Des formes de soutien sont-elles offertes aux équipes pour améliorer leur collaboration interprofessionnelle ?

- Que savent les répondants de la collaboration interprofessionnelle ? Connaissent-ils les aspects reliés au travail de groupe ? Sont-ils habiles dans l'élaboration des objectifs et des plans d'intervention d'équipe ? Se sentent-ils capables de participer efficacement à des prises de décision et à la gestion de conflits ?
- Quelles ont été les sources d'apprentissages à la collaboration interprofessionnelle ? Ont-ils fait ces apprentissages durant leur formation au premier cycle, dans leur milieu de travail ou par eux-mêmes ?
- Au terme de leur formation académique, ont-ils acquis suffisamment de connaissances pour amorcer aisément des collaborations interprofessionnelles ? Se sentent-ils suffisamment à l'aise avec leur identité professionnelle ? Ont-ils une bonne idée des expertises offertes par les autres professionnels ?
- Quels seraient les éléments d'apprentissages à inclure dans la formation académique ? Quels sont leurs opinions et leurs suggestions sur ce sujet ?

En ce qui a trait à la première question, « quel est le portrait des répondants ? », il importait de déterminer à quelle strate de la population nous nous adressions. Les questionnaires de couleurs différentes ont permis de distinguer les groupes de répondants. Les autres questions concernaient les données socio-démographiques usuelles.

En ce qui a trait à la deuxième question, nous avons d'abord formulé une question de départ permettant de différencier celui qui détient une expérience de travail actuelle ou récente en service social de celui qui n'en détient pas encore. Par la

suite, une série de questions permettait de dresser un portrait des milieux de travail, de la présence de collaboration interprofessionnelle, de l'importance accordée par l'organisation à cette réalité et des mesures de soutien offertes aux équipes de travail.

Ensuite, après avoir nommé différentes dimensions de la collaboration interprofessionnelle, nous avons invité les répondants à se prononcer sur la connaissance qu'ils en avaient et à préciser dans quel contexte ils avaient réalisé cet apprentissage.

Enfin, au moyen d'une série de questions semi-ouvertes, les répondants ont été invités à commenter la pertinence de la collaboration interprofessionnelle, les difficultés qui s'y rattachent, ainsi que leur perception de l'identité professionnelle.

La dernière question conviait les répondants à donner leur appréciation du programme du baccalauréat en service social offert par l'Université de Montréal, ce tant au niveau des cours que des stages en regard de l'apprentissage à la collaboration interprofessionnelle.

Sauf pour la dernière, toutes les questions étaient de type fermé ou présentaient un éventail de réponses. La dernière question, portant sur les besoins de formation à combler, était une question ouverte encourageant le répondant à exprimer son opinion.

Le questionnaire fut élaboré de manière à dresser un profil des répondants et obtenir une appréciation de leurs connaissances sur la collaboration interprofessionnelle.

3.3.3. Pré-test

Un pré-test à été réalisé auprès d'une jeune diplômée de l'année 2000. Ses commentaires ont permis d'effectuer quelques ajustements au questionnaire avant son envoi à l'ensemble des répondants. Les commentaires en question ont porté uniquement sur la forme et non sur le contenu du questionnaire. Les questions lui

apparaissaient clairement formulées et l'ordre de présentation cohérente. Au niveau de la forme, elle recommandait d'espacer davantage chacune des questions. Le temps requis pour répondre au questionnaire se situait entre 20 et 30 minutes, soit d'une durée raisonnable pour les répondants. Il eut été souhaitable de soumettre le questionnaire révisé à un nouveau pré-test, mais en raison d'une contrainte de temps il n'a pas été effectué. Cette décision introduisait certes un biais méthodologique.

3.4 Cueillette de données

Le même questionnaire auto-administré a été expédié à quatre groupes. Les questionnaires étaient anonymes, des feuilles de couleurs différentes pour chaque groupe nous ont permis de classifier les répondants par groupe. Il s'agissait de :

- tous les étudiants en 2e année du baccalauréat au 30 avril 2001
- tous les finissants en 3e année de baccalauréat au 30 avril 2001
- tous les diplômés en service social au 30 avril 1999
- tous les diplômés en service social au 30 avril 2000

Un premier envoi fut destiné à 15 personnes de chaque groupe choisies au hasard. Ces envois eurent lieu vers la fin avril 2002. Le taux de réponse étant très faible (particulièrement pour les deux derniers groupes) il fut décidé d'acheminer le questionnaire à tous les étudiants inscrits sur les listes de l'École de service social pour les deux premiers groupes ainsi qu'à tous les diplômés des années 1999 et 2000. Au total, un peu plus de 250 questionnaires ont été distribués en août 2002. Tel que mentionné, cette décision a effectivement permis d'augmenter notre taux de réponse.

En plus du questionnaire, chacune des enveloppes comportait une lettre de présentation signée par l'étudiante à la maîtrise, une lettre d'appui à la recherche signée par le directeur de l'École de service social et une enveloppe de retour pré-affranchie.

3.5 Méthode d'analyse des données

Tous les questionnaires reçus ont été inclus dans l'analyse et aucun d'entre eux n'a été mis de côté. Une base de données informatiques à été mise sur pied afin de saisir puis traiter les réponses de chacun des questionnaires.

Par la suite, les réponses à chacune des questions fermées ont été soumises à des analyses statistiques. Celles-ci ont permis d'élaborer le profil de répondants par groupe et de comparer les réponses entre les groupes de répondants. Les résultats présentés dans ce mémoire sont donc essentiellement descriptifs et comparatifs.

Au plan descriptif, les résultats comportent des statistiques descriptives usuelles, dont les pourcentages par catégorie de réponses pour les variables catégorielles, ainsi que les moyennes, écarts types et rangs moyens pour les variables ordinales ou d'intervalle. Ces résultats se présentent ordinairement sous forme de tableau avec les statistiques descriptives pour l'ensemble des répondants et pour chacun des quatre groupes étudiés : 1) les étudiants à la 2e année, 2) les finissants en 2001, 3) les jeunes professionnels en service social diplômés en 2000, 4) les jeunes professionnels en service social diplômés en 1999.

Au plan des analyses comparatives, deux types d'analyses ont été effectués : des tests Khi-carré afin de comparer les réponses des quatre groupes de répondants quant aux variables catégorielles et des analyses de variance basées sur le test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour groupes indépendants. Le test Khi-carré permet de vérifier si les proportions de réponses par catégorie sont significativement différentes d'un groupe à l'autre. Deux conditions statistiques doivent alors être respectées, soient que pas plus de 20 % des cellules du tableau croisé aient des fréquences attendues de moins de 5 et qu'aucune cellule n'ait une fréquence attendue de moins de 1.

Ce test fut habituellement appliqué aux différentes variables catégorielles du questionnaire, à une exception près : celles faisant intervenir les questions à choix multiples où les répondants pouvaient donner plusieurs réponses à une même

question (ex. Auprès de quelle clientèle intervenez-vous principalement ?). Dans ce cas, il fut jugé préférable de ne présenter que les statistiques descriptives, en l'occurrence les proportions de réponses. Par ailleurs, lorsque le test Khi-carré fut utilisé et qu'il s'est avéré significatif, nous avons utilisé les résiduels ajustés standardisés (RAS) pour repérer les groupes qui diffèrent significativement des autres. Ces résiduels indiquent en fait le degré d'écart entre une proportion observée et la proportion prévue s'il n'y avait aucune différence entre les groupes (Haberman, 1973). Comme ces résiduels se distribuent normalement avec une moyenne de 0 et un écart-type de 1, des résiduels de 1.96 ou plus (en valeur absolue) indiquent des différences significatives au seuil alpha (probabilité d'erreur) de .05.

D'autre part, les analyses de variances Kruskal-Wallis ont été réalisées pour toutes les questions menant à un choix de réponse ordinal (ex. aucune importance, peu d'importance, importance moyenne et très grande importance). Contrairement au test F de l'analyse de variance classique, le test de Kruskal-Wallis ne requiert pas la normalité de la variable dépendante et l'homogénéité des variances. Précisons aussi qu'il teste l'hypothèse nulle que les groupes proviennent de la même population ou de populations ayant la même médiane (Siegel et Castellan, 1988). Enfin, notons que ce test fut utilisé pour certaines questions en plus du test Khi Carré. Rappelons que le test Khi Carré sert à vérifier si les groupes diffèrent d'une catégorie de réponse à l'autre et le test Kruskal-Wallis permet de vérifier si les tendances centrales (les médianes) sont les mêmes d'un groupe à l'autre.

Pour ce qui est des réponses qualitatives, nous avions deux sources de données. Le premier était constitué de commentaires aux questions semi-ouvertes ; le second réunissait des réponses aux questions ouvertes de la dernière partie du questionnaire où les répondants émettaient leurs opinions et suggestions.

À l'égard du premier groupe d'informations qualitatives, compte tenu de leur nombre trop réduit pour avoir une représentativité minimale et pour effectuer des recoupements, aucun traitement des données n'a été réalisé. Cependant, certaines informations ont été récupérées afin d'illustrer nos propos lors de l'analyse des données.

À l'égard du deuxième groupe de données, chacune des réponses a été isolée puis regroupée selon les strates de répondants. Une première lecture des réponses a permis d'éliminer tout propos trop vague ou général par rapport à la formation à la collaboration interprofessionnelle. Nous avons par la suite vérifié si certaines informations étaient plus prévalentes dans une strate que dans une autre. Enfin, nous avons présenté les idées principales de chacun des répondants, le nombre de réponses étant trop faible pour structurer des thématiques et des catégories à partir des données qualitatives.

CHAPITRE 4 ANALYSE DES RESULTATS

L'objectif de la recherche était de vérifier, auprès des finissants et des diplômés en service social, jusqu'à quel point la collaboration interprofessionnelle fait partie de leur réalité de travail et de mieux cerner leur niveau de connaissance par rapport à ce mode de collaboration. Il visait aussi à savoir si leur formation académique les a suffisamment préparés à cette réalité du travail et s'ils considèrent pertinent d'inclure davantage de notions sur la collaboration interprofessionnelle dans le programme académique des bacheliers en service social de l'Université de Montréal.

Les données ont été recueillies et analysées de façon à comparer les réponses de chacun des groupes de répondants, soient :

1. les étudiants en 2e année du baccalauréat au 30 avril 2001, ci-après appelés ***stagiaires*** ;
2. les finissants en 3e année de baccalauréat au 30 avril 2001, ci-après appelés ***finissants*** ;
3. les diplômés en service social au 30 avril 2000, ci-après appelés ***diplômés 2000*** ;
4. les diplômés en service social au 30 avril 1999, ci-après appelés ***diplômés 1999***.

Les analyses statistiques pour chacune des questions fermées démontrent que, pour la plupart des réponses, il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les quatre groupes de répondants. C'est ainsi que les résultats représenteront toujours les réponses de l'ensemble des répondants, tous groupes confondus. S'il s'avère que des résultats présentent des différences significatives, nous les signalerons spécifiquement.

Lorsque les résultats auront été présentés, nous les commenterons par rapport à nos questions de départ.

4.1 Le nombre de répondants

Le taux de réponse au questionnaire est de 26 % de toute la population concernée. Le taux varie selon les strates de la population. Le tableau III présente le taux de réponses de la population de chacun des quatre groupes.

TABLEAU III
Taux de réponse aux questionnaires pour toute la population

Groupes	Nombre d'envois (population)	Retour de courrier[2]	Envois Réel (envois moins retours)	Nombre de répondants (quest. complétés)	Taux de réponse
Stagiaires	58	2	56	19	34 %
Finissants	100	9	91	27	30 %
Diplômés 2000	54	1	53	12	23 %
Diplômés 1999	66	9	57	8	14 %
Total	**278**	**21**	**257**	**66**	**26 %**

Le taux de réponse le plus élevé se retrouve parmi les deux premiers groupes, soit les stagiaires et les finissants. À l'égard des diplômés de 1999 et 2000, nous avions dès le départ anticipé un plus faible taux de réponse. En effet, et ce plus particulièrement pour la cohorte des diplômés de 1999, nous prévoyions un plus grand nombre de déménagements, donc davantage de retours de courrier dû à un changement d'adresse. Tel qu'indiqué au tableau III, ce fut effectivement le cas.

Maintenant si l'on regarde le portrait des 66 répondants, la représentation par groupe se distribue ainsi : On y retrouve une plus grande représentation des finissants, avec un taux de 41 %. Ce taux élevé de représentation est probablement attribuable au nombre très élevé d'étudiants dans cette cohorte, augmentant du fait même la probabilité de plusieurs répondants dans ce groupe. Les stagiaires comptent pour près de 29 % des répondants alors que les diplômés de 2000 et 1999 représentent respectivement 18 % et 12 % des répondants.

---

[2] Retour à l'expéditeur pour adresse inconnue, incomplète, déménagé.

Notre échantillon de départ prévoyait 15 répondants par groupe. Ce nombre a été atteint pour les stagiaires et finissants et pour les diplômés de 2000 et de 1999, il a été atteint dans l'ordre de 80 % et 53 %.

4.2 Le profil des répondants

L'âge des répondants se situe principalement entre 20 et 25 ans. Le quart de tous les répondants (23 %) ont entre 26 et 30 ans et seuls 14 % ont plus de 31 ans. Le sexe des répondants n'a pas été précisé.

Une légère majorité des répondants (52 %) est membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) ou indique être en voie de l'être. La question englobait ceux qui était formellement inscrit et ceux en processus. La seule différence significative entre les groupes se trouve entre les stagiaires et les diplômés 2000. On retrouve respectivement pour ces groupes un taux d'adhésion à l'Ordre de 26 % et de 75 %. Évidemment, on aurait pu s'attendre à ce qu'aucune personne parmi le groupe des stagiaires ne soit inscrit à l'ordre. En effet, l'une des conditions d'admission à l'ordre est l'obtention du diplôme de premier cycle en service social. Pourtant quelques-uns ont répondu par l'affirmative. Nous expliquons cette réponse ainsi. L'envoi des questionnaires s'est fait en août 2002, selon des listes de la fin de l'année 2001. La majorité avait donc terminé leur stage. Possiblement que certains ont eu des cheminements particuliers et se sont retrouvés en position pour faire une demande d'adhésion à l'ordre professionnelle. Chez les diplômés 1999, le taux d'adhésion à l'Ordre n'est que de 38 %. Comparativement aux diplômés 2000, la différence n'est toutefois pas statistiquement significative et peut être liée au petit nombre de répondants.

On observe le même phénomène quant à l'obtention de formation autre que celle en service social. Globalement, 29 % de tous les répondants ont complété une formation en plus de celle du service social. Il existe des différences de formation entre les groupes, mais aucune différence statistiquement significative n'intervient quant au pourcentage.

Parmi les formations autres que le service social, on en retrouve d'aussi variées, pour chaque groupe, que :

- stagiaires : technique en réadaptation physique, secrétariat, baccalauréat en biologie, maîtrise en études littéraires et technique de travail social ;
- finissants : diplôme spécialisé en hôtellerie, certificat en toxicomanie, infographie, sociologie et certificat en criminologie ;
- diplômés 2000 : certificat en toxicomanie, baccalauréat en psychologie, études en cours en enseignement primaire et études en cours en médecine ;
- diplômés 1999 : sociologie, techniques policières, certificat en sciences sociales et diplôme en administration.

Enfin, à l'exception des stagiaires, la grande majorité (67 %) des finissants et des diplômés œuvrent dans le domaine du service social (Tableau IV). La question ne prévoyait pas de préciser le domaine d'emploi autre que celui du service social. Aussi, nous ignorons dans quels secteurs d'activités professionnelles se retrouvent les 33 % des répondants qui ne travaillent pas dans le champ du service social.

TABLEAU IV
Pourcentage de répondants qui œuvrent dans les services sociaux

Groupes	Oeuvrent dans les services sociaux % (n)
Stagiaires	37 (7)
Finissants	82 (22)
Diplômés 2000	84 (10)
Diplômés 1999	63 (5)
Total	**67 %**

Le titre d'emploi le plus fréquent (39 %) est celui de « travailleur social ». Celui « d'intervenant communautaire » est le deuxième titre le plus utilisé (30 %). Enfin, 21 % des sujets ont le titre d'emploi « d'agent de relations humaines » et un dernier 20 % répond au titre d'emploi « autre » comprenant des titres aussi variés

qu'intervenant social, technicien en assistance sociale, travailleur de rue et remplaçant.

Les participants à cette étude travaillent principalement pour des organismes publics (54 %), mais une part importante (43 %) œuvrent au sein d'organismes communautaires. Parmi les sujets qui ne se reconnaissent dans aucune de ces catégories, certains ont signifié faire de la pratique privée et d'autres n'ont rien précisé.

Pour ce qui est du type de clientèle des répondants, la majorité (79 %) intervient auprès de celle des adultes y incluant les personnes âgées. D'autre part, 34 % d'entre eux interviennent auprès de la clientèle enfance-jeunesse. Relatif à leur champ d'intervention, la grande majorité des sujets (84 %) ont une pratique axée sur l'intervention individuelle (84 %) alors que 30 % intervient aussi auprès des couples et des familles et que seuls 21 % privilégient l'intervention de groupe. Précisons que le total des pourcentages pour les clientèles et les champs d'intervention n'équivaut pas à 100 % puisque certains répondants ont coché plusieurs cases.

4.3 Informations sur la collaboration interprofessionnelle dans le milieu de travail

À la deuxième section du questionnaire, nous demandions aux participants des informations sur leur lieu de travail actuel ou récent dans le domaine du service social. Au besoin, ils pouvaient se référer à leur lieu de stage. Au total, 55 des 66 sujets (83 %) ont complété cette partie du questionnaire.

Concernant la taille de l'organisation, une faible majorité des répondants (51 %) travaillent au sein de petites organisations (de moins de 100 employés). Dix-huit % travaillent dans des organisations de taille moyenne (de 101 à 500 employés) et 31 % œuvrent dans des grandes organisations (de plus de 500 employés).

Tous les répondants signalent la présence d'au moins deux autres professionnels, de formation autre que service social, dans leur organisation. Diverses disciplines

sont présentes en proportions qui varient. On y retrouve des ergothérapeutes, des infirmières, des médecins-spécialistes, des omnipraticiens, des psychoéducateurs, des techniciens en assistance sociale, des psychologues, des éducateurs spécialisés, des intervenants de milieu, des physiothérapeutes et, dans une plus faible proportion, des criminologues, pharmaciens, sexologues, auxiliaires familiales, travailleurs de rue, diétiéticiens, organisateurs communautaires, etc. Comme en fait foi le tableau V, la représentation multiprofessionnelle est nettement présente dans les milieux de travail recensés.

TABLEAU V
Professions les plus représentées dans les organisations

Groupe	Pourcentage des professions les plus représentées
Pourcentage pour tous les groupes	Psychologue= 59 % Infirmière= 52 % Psychoéducateur= 50 % Ergothérapeute=45 % Technicien en travail social= 39 % Physiothérapeute= 38 % Médecin spécialiste= 36 % Préposé aux bénéficiaires= 36 % Éducateur spécialisé= 34 % Intervenant de milieu= 29 % Omnipraticien= 29 % Autres= 59 %

Qu'en est-il de la structure de l'organisation et, plus spécifiquement, de la façon dont les différents professionnels sont regroupés au niveau du plan d'organisation ? À cet effet, nous constatons qu'au total, une faible majorité est regroupée par équipe de travail (52 %), que 23 % de tous les groupes sont regroupés par professions et qu'un autre 21 % est regroupé dans des structures mixtes correspondant à des groupes professionnels et à des équipes de travail. Toutefois, si on combine les répondants regroupés par équipe de travail et par structure mixte, 73 % d'entre eux se retrouvent au quotidien dans une équipe de travail multiprofessionnelle.

Les formes de soutien accordées aux équipes sont diverses. Les formes principales sont : coordonnateur d'équipe (55 %), formations continues (27 %) et coaching d'équipe (14 %). Un peu plus du cinquième des répondants (21 %) ne bénéficie d'aucune forme de soutien.

Lorsqu'on examine la disponibilité d'une forme quelconque de soutien, 46 % des répondants estiment qu'un soutien est disponible. Inversement, 54 % précisent qu'il ne l'est pas, soit dû au manque de temps de la part des équipes ou du coordonnateur, soit à un manque de volonté de la personne responsable du soutien, quant à l'organisation d'activités de support aux équipes. D'autres participants précisent qu'ils n'ont qu'à adresser une demande pour recevoir du soutien.

Lorsque vient le temps d'évaluer ou de réviser le fonctionnement du travail d'équipe, la plupart des répondants (70 %) effectue cette tâche en équipe et uniquement lorsque des problèmes se présentent. Un peu plus du tiers des répondants (36 %) rapportent qu'ils profitent de la supervision d'un coordonnateur ou d'un adjoint clinique qui les assistent lors de la révision de leur fonctionnement d'équipe. Un autre tiers (32 %) fait appel au chef de service lorsqu'un problème de fonctionnement d'équipe l'exige. Seuls 21 % des répondants disent faire une révision systématique et annuelle de leur fonctionnement d'équipe et 10 % indiquent qu'ils ne participent à aucune évaluation du fonctionnement de leur équipe. Ici encore, les choix ne sont pas mutuellement exclusifs, la personne pouvant cocher plus d'une réponse.

Somme toute, près de la majorité des répondants (46 %) estiment que leur organisation accorde une très grande importance à la collaboration interprofessionnelle. Plus du tiers (36 %) évalue l'importance accordée par l'organisation à la collaboration interprofessionnelle de moyenne, alors que 18 % sont d'avis que leur organisation accorde très peu d'importance à la collaboration interprofessionnelle. Aucun des répondants ne perçoit que son organisation n'accorde aucune importance à la collaboration interprofessionnelle. Comme telle, la question du soutien accordé au travail d'équipe suscitera de nombreux commentaires. Ils nous suggèrent que l'importance accordée au travail d'équipe

est davantage vécue au sein de l'équipe et dans la collaboration informelle entre les membres. Il semble que les discours de l'organisation valorisent effectivement le travail d'équipe, mais que les conditions lui étant favorables ne seraient pas en place ou toujours disponibles.

4.4 Portrait du travail d'équipe pluridisciplinaire et de la collaboration interprofessionnelle

Nous avons voulu dresser ici un portrait des interactions professionnelles et du besoin de collaboration, c'est-à-dire de la présence de plus d'un intervenant auprès d'un même usager, de la nécessité de collaborer régulièrement avec un autre intervenant pour coordonner les interventions auprès du même usager et des modalités d'échanges entre les différents professionnels.

Une fois de plus, on ne remarque aucune différence statistiquement significative entre les groupes de répondants. Ainsi, près de la majorité des répondants (48 %) ont un caseload (nombre de clients auprès desquels ils interviennent et pour lesquels ils ont un dossier) qui se situe entre 0 et 15 dossiers. Pour 32 % des répondants, le volume du caseload est entre 16 et 45 dossiers et pour le 20 % restant, le volume est de plus de 46 dossiers. Même en excluant de l'analyse le groupe de stagiaires, qui normalement ont moins de dossiers actifs, les proportions se distribuent sensiblement de la même façon.

D'autre part, 44 % des répondants rapportent qu'au moins un autre intervenant offre, en même temps qu'eux, des services à au moins 46 % des usagers de leur caseload. Un autre 44 % indique que, c'est dans moins de 30 % de leur caseload, que d'autres professionnels interviennent auprès des mêmes usagers qu'eux. Ce portrait nous confirme que ce ne sont pas tous les usagers qui reçoivent de façon concomitante des services de différents intervenants et, donc, que la collaboration interprofessionnelle n'est pas toujours requise.

Cela dit, lorsque plus de deux intervenants offrent des services de façon concomitante pour une même personne, une collaboration interprofessionnelle régulière est souvent requise. Pour les fins de l'étude, nous avons indiqué aux

répondants qu'une collaboration interprofessionnelle régulière implique des discussions de cas au moins une fois toutes les deux semaines entre les intervenants impliqués, ce qui peut les inciter à réviser leur plan d'intervention en fonction des informations reçues. On parle alors d'intégration, de coordination des services et donc, de structuration de l'intervention interprofessionnelle. À ce sujet, les réponses révèlent que :

- pour 36 % des répondants, plus de la moitié de leurs dossiers nécessitent une collaboration régulière entre les intervenants ;
- pour 15 % des répondants, entre le tiers et la moitié de leurs dossiers nécessitent une collaboration régulière entre les intervenants ;
- pour 49 % des répondants, moins du tiers de leurs dossiers nécessitent une collaboration régulière entre les intervenants.

Ce portrait de la situation confirme la littérature indiquant que les membres de l'équipe n'ont effectivement pas toujours besoin d'une collaboration interprofessionnelle intense telle que l'interdisciplinarité.

Dans un autre ordre d'idées, les échanges entre les professionnels se font par différents moyens de communication, qu'ils soient informels (échanges téléphoniques, discussions de cas, etc.) ou formels (réunions). Les discussions de cas sont le moyen informel le plus fréquent et les réunions d'équipe régulières sont fréquentes dans 73 % des cas. La seule différence significative entre les groupes concerne la lecture des notes aux dossiers. Ce moyen de communication est beaucoup plus fréquent chez les diplômés de 1999 et 2000. Ceci encore là n'est pas étonnant et s'explique par le fait que ces deux groupes travaillent dans plus de 90 % des cas, dans des organismes publics, principalement en milieu hospitalier, donc milieu où l'utilisation du « dossier usager » fait partie des normes et de la culture.

TABLEAU VI
Modalités de communication entre les professionnels d'une équipe

	Moyens	Fréquence
Total de tous les groupes	***Informels***	
	Téléphones	Fréquent à très fréquent : 66 %
	Discussions de cas	Fréquent à très fréquent : 94 %
	Lecture de note	Fréquent à très fréquent : 67 %
	Formels	
	Réunions régulières	Fréquent à très fréquent : 73 %
	Réunions au besoin	Fréquent à très fréquent : 58 %
	Pas de différence significative entre les groupes, sauf pour lecture de notes = moyen plus utilisé chez les diplômés 2000 et 1999	

Concernant les apports de la collaboration interprofessionnelle, plus de 95 % des répondants, tous groupes confondus et sans différence entre les groupes, estiment que la collaboration interprofessionnelle est très utile pour échanger des informations, coordonner les interventions, modifier son plan d'intervention en fonction des informations reçues des autres intervenants, améliorer notre connaissance du client et accroître nos connaissances cliniques. Un répondant ajoutera que la communication avec d'autres professionnels de son équipe aide non seulement à faire un meilleur suivi de l'usager, mais aussi à mieux faire connaître les compétences du travailleur social.

Par ailleurs, 80 % des répondants estiment qu'une collaboration interprofessionnelle efficace est essentielle pour mieux répondre aux besoins de leur clientèle et 20 % considèrent qu'elle est assez importante. Aucun n'indique que la collaboration interprofessionnelle est peu importante.

Dans l'ensemble, les commentaires reflètent les bénéfices de la collaboration professionnelle tels qu'identifiés dans la littérature. Tant pour les usagers que pour les professionnels, elle permet notamment d'éviter les dédoublements de services, d'avoir une meilleure connaissance des besoins de l'usager, d'offrir une meilleure qualité de services et d'avoir un meilleur support entre intervenants.

Plus de 63 % des répondants éprouvent des difficultés par rapport à la collaboration interprofessionnelle. Une fois de plus, la question suscite plusieurs commentaires. Certains réfèrent aux nombreux malentendus issus de conflits de valeurs et d'approches, mais aussi aux difficultés à s'entendre sur des objectifs communs. On parle quelquefois de problèmes reliés à un mandat imprécis. D'autres soulignent le manque de temps disponible aux membres d'une équipe pour communiquer entre eux et mieux se connaître. On fait aussi référence à des attitudes de fermeture (refus de travailler en collaboration) et, à plusieurs reprises, à des difficultés découlant du non-respect des territoires professionnels, voire à une confusion dans les rôles et les fonctions de chacun. Sur ce point, 54 % des participants considèrent que les rôles et les fonctions des membres de l'équipe sont bien définis, alors que 16 % estiment qu'ils ne sont pas définis explicitement et que 30 % estiment qu'ils le sont plus ou moins.

4.5 Connaissance des éléments reliés à la collaboration interprofessionnelle

À la lumière des informations recueillies dans la littérature, il se dégage qu'un certain nombre d'éléments exigent d'être compris et maîtrisés pour faciliter la mise en place et l'évolution d'une collaboration interprofessionnelle efficace.

Nous avons identifié ces éléments et demandé à nos répondants de préciser leur degré de connaissance pour chacun. Ce degré était croissant, allant de aucune connaissance (0) à connaissance partielle (1), puis de connaissance suffisante (2) à très bonne connaissance (3). Nous avons considéré que le degré de connaissance était faible lorsque les répondants cotaient 0 ou 1 et que le degré de connaissance était suffisant lorsqu'ils cotaient 2 ou 3. Le tableau VII présente les résultats.

TABLEAU VII
Degré de connaissance des dimensions reliées à la collaboration interprofessionnelle

	Dimensions reliées à la collaboration interprofessionnelle	Degré de connaissance	
		Faible (aucune à partielle)	Suffisante (suffisante à très bonne)
Total des groupes	Formulation d'objectifs	15 %	85 %
	Méthode de résolution de problèmes	27 %	73 %
	Règles de la communication	29 %	71 %
	Rôle d'un intervenant-pivot	35 %	65 %
	Processus de gestion de conflits	36 %	64 %
	Élaboration PSI	39 %	61 %
	Normes utiles au travail d'équipe	40 %	60 %
	Modalités de prise de décisions	44 %	56 %
	Rôles et fonctions de l'animation d'une équipe de travail	48 %	52 %
	Distinction entre les modes	50 %	50 %
	La dynamique des petits groupes	51 %	49 %
	Différence significative entre les groupes pour trois dimensions : • Règles de la communication • Normes utiles au travail d'équipe • Modalités de prise de décision		

En regard des trois dimensions présentant une différence significative entre les groupes de répondants — soit les règles de la communication, les normes utiles au travail d'équipe et les modalités de prise de décision —, on note une connaissance plus faible que les autres groupes chez le groupe de stagiaires. Ceci est tout à fait normal, puisque ce groupe n'est pas encore diplômé et n'a pas encore d'expérience de travail significative. On peut toutefois se demander à quel moment et selon quelle intensité ces trois éléments sont assimilés : au cours de la 3e année du baccalauréat, lors de formations continues, ou grâce à des expériences de travail ? Aucune donnée de cette étude ne permet de répondre à cette question.

Aux fins de notre recherche, s'il était pertinent de situer le degré de connaissance des répondants par rapport à certaines dimensions importantes de la collaboration interprofessionnelle, il l'était tout autant de connaître les sources d'apprentissages

de ces éléments. Ainsi, pour chacune des dimensions les répondants précisait la ou les sources d'apprentissages : les cours universitaires, le stage professionnel, en formations privées, lors de formations continues dans le milieu de travail, via des conférences, suite à des discussions entre pairs ou par une démarche personnelle (lectures et réflexions).

Nos résultats démontrent que, pour tous les groupes, les cours universitaire et le stage sont les principales sources d'apprentissages. Et lorqu'on tient compte des commentaires des sujets, le stage demeure le lieu privilégié pour prendre conscience, apprivoiser et expérimenter la collaboration interprofessionnelle. Suit de près, dans plusieurs cas, la formation en milieu de travail et, en dernier lieu, l'apprentissage par les pairs (les discussions entre collègues) ou sous forme autodidacte (lectures). La distribution des sources d'apprentissages se fait ainsi :

Principalement en stage

- Formulation d'objectifs : **stage (76 %)** – cours (73 %) – formations[3] (32 %)
- Modalités de prise de décision : **stage (46 %)** – cours (39 %) – formations (27 %)
- Élaboration d'un plan d'intervention : **stage : (50 %)** – cours (44 %) – formations (39%)

Principalement lors des cours

- Dynamique des petits groupes de travail : **cours (68 %)** – stage (38 %) – autodidacte[4] (30 %)
- Normes de la communication : **cours (65 %)** – stage (50 %) – formations continues (41 %), autres (30 %)

---

[3] Formations = Formation continue ou conférences.

[4] Autodidacte : Personne qui fait ses apprentissages sans l'aide d'un professeur, à l'aide de lectures et autres moyens.

Autant durant les cours que les stages

- Distinction entre les modes de collaboration : stage (46 %) – cours (44 %) – formations (32 %) – pairs (30 %)
- Rôles et fonction de l'animation d'un groupe : cours (42 %) – stage (41 %) – formations (29 %)

Source d'apprentissages multiples

- Normes utiles au travail d'équipe : stage (33 %) – cours (29 %) – formations (29 %) – autodidacte (24 %) - pairs[5] (20 %)
- Méthodes de résolution de problème : cours (65 %) – stage (58 %) – formations (42 %) – autodidacte (36 %)
- Processus de gestion de conflits : stage (50 %) – cours (46 %) – formations (44 %) – autodidacte (32 %)
- Rôle d'un intervenant principal : stage (41 %) – formations (38 %) – pairs (29 %)

Pour avoir un portrait plus global des connaissances des répondants sur la collaboration interprofessionnelle, nous leur avons demandé comment ils évaluaient l'importance des divers facteurs sur sa qualité et son évolution. En fait, nous voulions sonder leurs perceptions de l'influence de différents facteurs exogènes et endogènes sur l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle.

[5] Pairs : Collègues du milieu de travail qui contribuent à l'apprentissage au moyen de discussions et d'observations professionnelles.

TABLEAU VIII
Perception du degré d'influence de divers facteurs sur la collaboration interprofessionnelle

	Facteurs	Influence Aucune à faible	Influence Moyenne	Influence Déterminante
Total des groupes	Confiance entre les membres	2 %	15 %	83 %
	Climat de travail chaleureux	0	17 %	83 %
	Ouverture aux autres	0	18 %	82 %
	Clarté des rôles et fonctions	3 %	15 %	82 %
	Respect de l'autonomie professionnelle	0	20 %	80 %
	Mission du service claire et connue	2 %	21 %	77 %
	Charge de travail équilibrée	1 %	23 %	76 %
	Stabilité du personnel	1 %	29 %	70 %
	Identité professionnelle bien intégrée	8 %	31 %	61 %
	Langage et cadre de référence communs	5 %	40 %	55 %
	Soutien aux équipes	0	46 %	54 %
	Outils communs de concertation et de coordination de l'intervention	6 %	40 %	54 %
	Adhésion à des valeurs communes	8 %	40 %	52 %
	Procédures pour intégration des nouveaux à l'équipe	21 %	31 %	48 %
	Connaissance des approches des autres professionnels	15 %	42 %	43 %
	Connaissance des différents modes de collaboration	9 %	51 %	40 %
	Présence d'un coordonnateur d'équipe	14 %	54 %	32 %
	Nomination d'un intervenant principal	31 %	40 %	20 %
	Aucune différence significative entre les groupes			

Ainsi, nos données indiquent que les répondants considèrent que les principaux facteurs pouvant influencer la qualité de la collaboration interprofessionnelle sont :

- climat de travail chaleureux : 83 %
- confiance entre les membres de l'équipe : 83 %
- ouverture aux autres : 82 %
- clarté des rôles de chacun : 82 %
- respect de l'autonomie professionnelle : 80 %

Le tiers des répondants est d'avis que la délégation d'un intervenant principal a très peu d'influence sur la collaboration interprofessionnelle. De même, on attribue peu d'influence au fait de porter une attention particulière à l'intégration d'un nouveau dans l'équipe.

4.6 Identité professionnelle

La littérature qui porte sur la collaboration interprofessionnelle traduit une certaine préoccupation par rapport à l'identité professionnelle. Certains auteurs jugent préférable de ne pas initier des apprentissages en ce sens lors de la formation académique. À leur avis, cela peut avoir une influence négative sur l'identité professionnelle naissante. Nous avons donc exploré les perceptions que les répondants entretiennent de leur identité professionnelle.

TABLEAU IX
Perception de l'intégration de l'identité professionnelle

	Identité professionnelle	Peu à l'aise	Suffisamment à très à l'aise
Total des groupes	Capable d'expliquer son rôle	12 %	88 %
	Capable de préciser les limites	9 %	91 %
	Capable d'expliquer les méthodes et les outils propres au service social	17 %	83 %
	Capable de préciser la spécificité de la profession	20 %	80 %
	Différence significative pour le groupe des stagiaires concernant la capacité à préciser la spécificité de la profession		

La seule différence significative entre les quatre groupes, pour l'ensemble des données, consiste dans la capacité à expliquer la spécificité du service social. Comme prévu, davantage de répondants du groupe des stagiaires (22 %) étaient peu à l'aise de préciser la spécificité de leur profession, comparativement à 11 % des finissants, à 9 % des diplômés 2000 et à 0 % des diplômés 1999.

Si la très grande majorité des répondants se sent capable de bien traduire son rôle professionnel et ses spécificités, ils estiment toutefois que près du tiers (27 %) de leurs collègues n'ont pas une connaissance explicite des rôles et fonctions du travailleur social.

Dans la même veine, la majorité (66%) des intervenants sociaux que nous avons sondés est capable de discuter explicitement des rôles et fonctions des autres professionnels, mais 34 % ne peut le faire de façon explicite.

Nous avons aussi demandé aux sujets si la collaboration interprofessionnelle était pour eux une source de confusion, de conflits, d'enrichissement ou de négociation. Tel que prévu, plusieurs indiquent que toutes ces réponses sont possibles. Il est toutefois intéressant de constater que la confusion et l'enrichissement récoltent à peu près le même pourcentage de répondants (respectivement 44 % et 41 %), la négociation étant non loin derrière à 38 %. Les commentaires à cette question suggèrent que les principales difficultés rencontrées concernent la négociation des fonctions et du partage de zones communes d'intervention, la clarification des rôles et responsabilités de chacun et, au plan de l'enrichissement, la possibilité de mieux comprendre les besoins des clients et d'apprendre de ses pairs. Il est aussi encourageant de voir que seuls 20 % des répondants jugent la collaboration interprofessionnelle une source de conflits. La principale source de conflits serait le non respect des expertises de chacun des professionnels. Les commentaires relatifs à cette question rejoignent tout à fait ceux qui concernent les difficultés rencontrées dans la collaboration interprofessionnelle.

Ces résultats permettent de supposer que la majorité des répondants demeurent ouverts à la collaboration interprofessionnelle et que malgré les difficultés, ils pourront avec le soutien approprié demeurer bien disposés à son égard.

4.7 Préparation à la collaboration interprofessionnelle

Enfin, nous avons demandé aux répondants de nous préciser jusqu'à quel point, à la fin de leurs études du premier cycle, ils étaient conscients et à l'aise pour

entreprendre une collaboration interprofessionnelle et s'ils avaient suffisamment de connaissances sur ce sujet pour discuter des facteurs qui en influencent la qualité et l'efficacité.

Il est intéressant de constater qu'une grande majorité des participants (69 %) étaient conscients de cette réalité de travail, bien qu'une faible majorité (50 %) se sente assez à l'aise pour amorcer ce genre de relations professionnelles. Parmi eux, 43 % se sentaient plus ou moins à l'aise et 7 % indiquaient ne pas être à l'aise du tout pour amorcer des collaborations interprofessionnelles. Par ailleurs, à peine le tiers des répondants (31 %) étaient capables, au terme de leur formation académique, de discuter des facteurs qui influencent la collaboration interprofessionnelle, comparativement à 53 % qui se sentaient plus ou moins capables et 16 % des répondants qui n'en étaient aucunement capables.

Dans l'ensemble, une faible proportion des répondants (22 %) estiment que leur formation académique, nommément le baccalauréat en service social à l'Université de Montréal, s'est révélée utile pour développer les compétences liées à la collaboration interprofessionnelle. Inversement, la même proportion de répondants estiment n'y avoir été aucunement préparé. Tout compte fait, la majorité (58 %) précise que leur formation académique les a plus ou moins préparé à cette dimension du travail professionnel.

4.8 Des opinions et des recommandations

Plusieurs opinions et recommandations ont été formulées de la part des sujets participants à la présente étude, relatives aux cours et aux stages du baccalauréat. Les deux tiers des répondants en ont formulé. Parmi les données qualitatives recensées, nous avons dû écarter les informations trop générales tant sur les cours que sur les stages, soient celles qui ne présentaient pas une opinion spécifique par rapport à la collaboration interprofessionnelle.

Encore là, le petit nombre de répondants nous oblige à la prudence. Nous pouvons illustrer les commentaires d'un certain nombre d'individus, mais aucune

généralisation ne peut se faire. Les propos rapportés ne peuvent être représentatifs de tous les étudiants ayant complété ou presque leur formation au premier cycle à l'École de service social de l'Université de Montréal.

Cette mise en garde étant faite, il demeure intéressant de prendre connaissance des réflexions des répondants et des recommandations qu'ils émettent. Une lecture attentive de celles-ci nous a permis de constater qu'aucune tendance ne se dessinait selon le groupe d'appartenance des répondants. Nous rapportons donc les réponses de tous les répondants sans égard à leur groupe d'appartenance.

Ainsi, concernant les cours du baccalauréat, on retrouve les recommandations suivantes, présentées par ordre croissant selon le nombre de mentions :

1. Mieux connaître les différents organismes où les futurs travailleurs sociaux sont appelés à travailler ;
2. Discuter davantage du rôle et des fonctions d'un travailleur social selon les organismes où il travaille ;
3. À l'aide de discussion et de jeux de rôles, développer les habiletés à parler de son rôle professionnel et soutenir son opinion professionnelle au sein d'une équipe ;
4. Avoir un cours sur le travail d'équipe et les différentes dimensions de la collaboration interprofessionnelle ;
5. Avoir davantage d'invités durant les cours, principalement des professionnels de diverses spécialités, qui viennent nous parler de leur rôle et fonctions et de travailleurs sociaux qui viennent nous parler de leur vécu au sein d'une équipe pluridisciplinaire et leur expérience de collaboration interprofessionnelle ;
6. Avoir des activités en commun (cours, intervention, rencontres) avec des étudiants de disciplines différentes ;
7. Avoir davantage d'information et d'outils pour améliorer notre collaboration interprofessionnelle, notamment sur la gestion de conflits ;
8. En plus de discuter des spécificités de chacune des professions les plus représentées dans le réseau de la santé et des services sociaux, identifier et discuter des zones de conflits les plus à risques ;

9. Discuter non seulement de la collaboration entre les professionnels mais, tout autant, entre les organismes du réseau ;
10. Visionner des vidéos qui présentent des réunions d'équipes ou même aller faire de l'observation du travail d'équipe dans les milieux professionnels ;
11. S'assurer que tous les professeurs maîtrisent bien les notions de la collaboration interprofessionnelle et soient capables d'illustrer la théorie avec des exemples concrets.

Par ailleurs, plusieurs ont mentionné que le sujet de la collaboration interprofessionnelle n'est pas suffisamment abordé au cours de la formation académique, une personne se positionnant même en faveur d'un cours universitaire obligatoire pour tous.

Tel que mentionné, les stages représentent pour la très grande majorité le moment par excellence pour observer et pratiquer la collaboration interprofessionnelle. Une personne précise toutefois que les stagiaires pourraient approfondir cette notion au moyen de rencontres systématiques, avec tous les autres professionnels, afin de discuter de leurs rôles et fonctions et de les observer *in situ*. Une autre personne souligne que certains lieux de stage n'offrent pas aux stagiaires la possibilité d'expérimenter la collaboration interprofessionnelle. Elle suggère donc d'offrir à tous les étudiants de la 2e année un séminaire de stage sur le travail d'équipe.

4.9 Des éléments de réponse à nos questions de recherche

Quatre questions étaient soulevées dans notre devis de recherche. Pour chacune d'elle, nos données ont permis de soumettre des éléments de réponses.

Rappelons les questions de départ :

1. La collaboration interprofessionnelle est-elle présente de façon significative dans les milieux de travail des finissants et des jeunes professionnels en service social ?

2. Quelles sont les connaissances sur la collaboration interprofessionnelle des finissants en service social de l'École de service social de l'Université de Montréal ?
3. Quelles ont été les principales sources d'apprentissages à la collaboration interprofessionnelle pour ces mêmes finissants ?
4. Quels sont les besoins d'apprentissages à la collaboration interprofessionnelle que ces finissants soulèvent ?

4.9.1 Collaboration interprofessionnelle : une réalité de travail bien présente

Rappelons tout d'abord que 67 % des répondants œuvrent dans le domaine du service social. Parmi les répondants, 73 % sont regroupés par équipe de travail. Tous les répondants ont signalé la présence d'au moins deux autres professionnels de formation différente dans leur organisation. Même s'il s'agit d'une évidence, nos données confirment que la collaboration interprofessionnelle est bel et bien une réalité de travail présente de façon significative dans les milieux professionnels.

Pour 44 % des répondants, le tiers ou moins de leur clientèle profite des services simultanés de plus d'un intervenant. Pour un autre 44 %, près ou plus de 50 % de leurs dossiers sont partagés avec d'autres professionnels. Dans les dossiers où au moins un autre intervenant est impliqué, le tiers (36 %) des répondants disent engager une collaboration interprofessionnelle régulière (i.e. discussions de cas au moins une fois toutes les deux semaines, ce qui peut influencer le plan d'intervention) et ce, dans plus de 50 % des dossiers qui leur sont confiés.

Ce portrait peut induire à penser que la collaboration interprofessionnelle n'est pas aussi présente qu'on le croit. Le cas échéant, cela peut être lié à la compréhension que le participant a eue de la question. On pourrait aussi y voir la confirmation de ce que plusieurs auteurs ont affirmé, à savoir que la collaboration interprofessionnelle de haute intensité n'est pas pertinente pour toutes les situations (Hébert, 1997). On peut constater que la collaboration interprofessionnelle de type interdisciplinaire n'est pas le niveau de collaboration le plus présent. Cependant, vu le fait que 73 % des répondants participent

régulièrement à des réunions d'équipes et que plus de 90 % ont des échanges informels (discussions de cas) réguliers avec d'autres professionnels, l'on peut affirmer que la collaboration interprofessionnelle — tout au moins dans sa forme multidisciplinaire — est définitivement un phénomène très présent dans les milieux professionnels.

Les données recueillies confirment la littérature à savoir que la collaboration interprofessionnelle fait partie intégrante du quotidien des professionnels du service social (Hébert, 2000). De plus, 80 % des participants estiment que, compte tenu des besoins de leur clientèle, la collaboration interprofessionnelle leur est essentielle. Bien que l'autre 20 % ne la juge pas essentielle, elle la qualifie tout de même d'assez importante. Cette donnée permet d'affirmer qu'unanimement, les sujets de cette étude reconnaissent le bien-fondé de la collaboration interprofessionnelle en regard de la réponse à offrir aux besoins de leur clientèle.

4.9.2 Les futurs professionnels semblent avoir une connaissance de base suffisante des divers éléments liés à la collaboration interprofessionnelle, mais...

Cette deuxième question concerne le niveau de connaissance de la collaboration interprofessionnelle des répondants. Signalons avant tout qu'une bonne majorité (69 %) des étudiants s'estiment conscients à la fin de leur parcours académique, de la présence significative de la collaboration interprofessionnelle dans les milieux de travail. À peine le tiers (31 %) avouent en avoir été peu conscients.

Par ailleurs, pour chacune des dimensions identifiées, la plupart des répondants estiment détenir une connaissance suffisante à l'égard de toutes les dimensions mentionnées. Les dimensions pour lesquelles ils ont une moins bonne connaissance concernent spécifiquement le travail en groupe et les différents modes de collaboration interprofessionnelle.

Quant à leur appréciation des facteurs qui influencent le plus la collaboration interprofessionnelle, il est intéressant de voir que ceux qu'ils considèrent les plus importants sont liés principalement à des dynamiques relationnelles. Ceci n'est pas étonnant lorsqu'on regarde attentivement les commentaires données par plusieurs

sur les difficultés rencontrées dans la collaboration interprofessionnelle. À l'exception d'un commentaire qui faisait davantage référence à des facteurs organisationnels, tous parlent de problèmes qui se situent dans la sphère interactionnelle : problèmes de communication (refus ou désintérêt), absence d'objectifs communs (divergences, non respect des ententes, malentendus), chevauchement dans les champs d'intervention (manque de connaissance des rôles respectifs, confusion, envahissement) ou conflits de valeurs et d'approches (culture et langage différents, « pas tous sur la même longueur d'onde »). En fait, il est même normal que les facteurs relationnels soient de l'avis de nos répondants, les plus déterminants. Ils sont au début de leur processus de socialisation et d'intégration en milieu de travail et leur premier défi est justement de trouver leur place et d'expérimenter différents modes interactionnels dans un contexte professionnel.

Les dimensions « mission claire et reconnue » et « charge de travail équilibré », qui relèvent du cadre organisationnel, arrivent en seconde place. Ceci suit l'ordre logique des préoccupations d'un jeune professionnel : dans quel sens doivent aller mes interventions et quels sont les délais et la somme de travail attendus ?

On semble accorder une influence tout à fait moyenne par rapport aux dimensions rattachées aux normes de fonctionnement d'équipe et aux mesures de soutien aux équipes : langage et cadre de référence commun (55 %), soutien aux équipes (54 %), outils communs de concertation et de coordination (54 %), adhésion à des valeurs communes (52 %), procédures d'intégration formelles dans l'équipe pour un nouveau (48 %).

Ainsi, même si les répondants prétendaient avoir un bon niveau de connaissance de certains éléments de la collaboration interprofessionnelle, il ressort nettement qu'ils ont une très faible connaissance des facteurs exogènes et endogènes qui influencent la qualité de la collaboration interprofessionnelle. Notre réflexion nous amène à constater que les dimensions à l'égard desquelles les sujets réalisent les meilleures performances sont celles que Lindsay et ses collègues (1998) regroupent sous les dimensions de « spécificité de chaque profession » et

« domaine d'intervention ». Les deux autres dimensions articulées à l'apprentissage, « interdisciplinarité » et « travail d'équipe comme groupe de tâches », semblent moins bien maîtrisées.

Ce profil de réponse est à notre avis, tributaire de la la façon dont nous avons construit le questionnaire. Nous avons présenté différentes dimensions de la collaboration interprofessionnelle et nous avons demandé aux répondants de coter pour chacune leur degré de connaissance. Donc, chaque dimension était évaluée individuellement, et il n'y avait pas un rappel spécifique de la situer par rapport à la collaboration interprofessionnelle et non dans le contexte général de l'intervention professionnelle. Prenons par exemple, la première dimension : formulation d'objectifs. Il n'est pas étonnant que le degré de connaissance de cette dimension soit élevé. En effet, dans l'apprentissage de la pratique du service social, la formulation d'objectifs est un apprentissage de première importance. Ainsi, lorsque le répondant se demande s'il se sent capable de formuler des objectifs, il n'est pas étonnant qu'il estime en avoir une connaissance suffisante. Nous aurions dû être plus spécifique et demander jusqu'où ils se sentaient capable de formuler et prioriser des objectifs en équipe de travail pluridisciplinaire ? Le même raisonnement s'applique pour toutes les dimensions. Lorsqu'on arrive aux dimensions uniquement rattachées à la collaboration interprofessionnelle, telles que les normes utiles au travail d'équipe, les modalités de prise de décision et rôles, les rôles et fonctions de l'animation d'une équipe de travail, la distinction entre les modes de collaboration et la dynamique des petits groupes, on voit déjà que le degré de connaissance est beaucoup plus faible. Une faible majorité (entre 50 et 60 %) considère avoir une connaissance suffisante de ces dimensions.

Il n'est donc pas étonnant qu'à peine le tiers des répondants se disent suffisamment capables, au terme de leur formation académique, de discuter des éléments qui influencent la collaboration interprofessionnelle. Un peu plus de la moitié estiment qu'ils étaient plus ou moins capables de le faire.

Par ailleurs, la grande majorité des participants (près de 90 %) perçoivent qu'à l'obtention de leur diplôme, ils étaient suffisamment à l'aise pour expliquer leur rôle professionnel et ses limites et plus de 80 % pouvaient expliquer les méthodes et les

spécificités propres à leur profession du travail social. Cela dit, près de la moitié des sujets (44 %) considèrent que la collaboration interprofessionnelle est souvent une source de confusion. De plus, selon leurs commentaires, il semble que la confusion est généralement liée aux zones grises de l'intervention ainsi qu'à l'imprécision des rôles et des responsabilités de chacun. Est-ce à dire que même s'ils connaissent bien leur rôle et les spécificités de leur profession, ils arrivent difficilement à le faire reconnaître ? Nous croyons que oui. À cet effet, il serait intéressant de voir quels éléments et processus favorisent la reconnaissance et le respect des rôles de chacun.

4.9.3 La formation académique : une bonne source de formation à la collaboration interprofessionnelle

La formation académique demeure une période charnière au plan des apprentissages. Dans ce contexte, le stage professionnel est particulièrement idéal pour expérimenter, dans un espace sécurisant, la collaboration interprofessionnelle. Il serait souhaitable que, durant la période du stage professionnel, on intègre davantage la dimension de l'interprofessionnalité et qu'on s'assure de faire en sorte que le stagiaire puisse explorer davantage la collaboration interprofessionnelle. Par la suite, les enseignants pourraient revenir avec l'étudiant sur ces apprentissages, sur les difficultés et sur les aspects les plus bénéfiques de leur expérience terrain.

Les données traduisent nettement le souhait d'aborder plus à fond ce thème durant la formation académique. La dimension de l'identité professionnelle ne semble pas être un enjeu encore perçu chez les répondants, ceux-ci estimant détenir une bonne connaissance de leur spécificité professionnelle et des méthodes propres à la profession du service social. Pourtant, ils nomment de d'autres façons qu'ils ont de la difficulté à préciser concrètement les rôles et les fonctions spécifiques au service social. La question des rôles professionnels est pour eux au coeur des conflits et de la confusion dans les interactions professionnelles : Comment les clarifier ? Comment mieux connaître les rôles de chacun ? Comment se positionner face à des rôles similaires ? Comment faire respecter son champ professionel et comment réagir lorsque d'autres empiètent sur notre secteur d'intervention ?

Comment concrètement expliquer notre rôle ? Comment négocier les zones grises ? Comment faire valoir – mettre en mots – notre opinion professionnelle ? Comment expliquer les liens entre nos actions et les théories qui structurent notre profession ? Ce sont là toutes les questions que nous interprétons à travers les commentaires recueillis chez nos répondants et que certains formulent de façon précise dans leurs commentaires et recommandations.

Nous postulons donc que les répondants n'ont certes pas encore intériorisé leur identité professionnelle, même s'ils en ont l'impression. Aussi, particulièrement en tenant compte des enjeux en termes d'interprofessionnalité, ils doivent être davantage outillés, dès leur parcours académique, à nommer de façon plus concrète et soutenue, les particularités de leur discipline du travail social et ce, en rapport avec d'autres disciplines. Cette situation n'est pas unique au contexte de collaboration interprofessionnelle. La question d'une l'identité professionnelle difficilement nommée et affirmée en est une de longue date dans la profession du service social (Couturier et Legault, 2002).

4.9.4 Des besoins d'apprentissages clairement formulés

Les participants à cette étude ont démontré un bon degré de connaissances des dimensions reliées à la collaboration interprofessionnelle. Cependant, cette connaissance est davantage articulée au contenu de la méthodologie professionnelle qu'à la collaboration interprofessionnelle. Il apparaît donc comme tout à fait compréhensible que, pour la majorité (58 %), la formation académique les a plus ou moins préparé à la collaboration interprofessionnelle. À cet effet, les deux extrémités se distribuent également : 22 % d'entre eux s'estiment suffisamment formés alors que 20 % ne se disent aucunement formés à la collaboration interprofessionnelle. Du même souffle, la moitié des sujets estiment qu'ils étaient très à l'aise pour amorcer ce type de collaboration au terme de leur formation, alors que l'autre moitié se perçoit alors plus ou moins à l'aise. Les éléments recueillis ne nous permettent pas de comprendre ces positionnements distincts. Toutefois, en nous référant à la littérature, nous postulons que le thème de la collaboration interprofessionnelle demeure somme toute très flou pour nos répondants. Chacun a une vision parcellaire et en fonction des éléments qu'ils y

associent, ils expriment jusqu'à quel point ils sont confortables dans ce rapport interactionnel. De plus, plusieurs éléments personnels, tel que la confiance en soi viennent influencer les perceptions. Aussi, tant que nous restons dans le registre projectif, les positions sont généralement peu nuancées.

Lorsqu'on demande aux sujets de réfléchir sur les difficultés éprouvées, dans leur milieu actuel, au plan de la collaboration interprofessionnelle, 63 % des personnes avouent éprouver des problèmes et plusieurs les précisent.

La majorité mentionne la présence de diverses modalités de soutien au travail d'équipe. Par contre, près de 50 % qualifient ces soutiens de difficilement accessibles. Ces données laissent à réfléchir. Sachant que les premières années d'insertion en milieu professionnel sont très exigeantes, il est désolant de voir qu'ils ont accès à très peu de soutien professionnel. Cela milite en faveur de les préparer davantage durant leur parcours académique, aux différentes réalités du monde professionnel.

Comme nous l'avons vu, le niveau de connaissance plus faible par rapport aux dimensions de la collaboration interprofessionnelle concerne des éléments spécifiques, tels les modalités de prise de décision, les rôles et fonction d'une animation d'équipe, les distinctions entre les différents modes de collaboration interprofessionnelle et la dynamique des petits groupes.

À notre avis, ces données créditent davantage notre lecture des données. Les finissants peuvent détenir une connaissance suffisante des éléments liés à la collaboration interprofessionnelle parce que ceux-ci ont été présentés isolément, de manière fragmentaire, sans pour autant expliquer les liens entre ces éléments et la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, ils n'ont probablement pas suffisamment conscience de l'influence de ces éléments sur la qualité et l'évolution de la collaboration interprofessionnelle.

À l'étape des recommandations, plusieurs soulignent l'importance d'instituer un apprentissage formel de la collaboration interprofessionnelle qui la *nomme*, qui discute des notions liées au travail d'équipe et qui identifie bien les zones de

conflits ainsi que les moyens de gérer les tensions interprofessionnelles. Ceci concordent avec l'ensemble des réponses qui faisait ressortir qu'une faible majorité considère des répondants considèrent que les rôles et fonctions sont bien définis dans leur équipe de travail. Près de la moitié est d'avis qu'il faudrait les rendre plus explicites.

Par ailleurs, la question de l'affirmation du rôle professionnel, avec son corollaire de la négociation des zones communes d'interventions, est une thématique souvent présente au plan des recommandations. Cette préoccupation reflète bien les données ciblant la difficulté de précision des rôles et de négociation comme problème très répandu dans les milieux de travail. Cette situation incite sans doute à juger la collaboration interprofessionnelle comme étant une source de confusion.

En cette matière, les recommandations du RUFUTS traduisent une bonne connaissance de la réalité étudiante. Parmi les éléments de savoir à consolider, il recommande :

> « La connaissance suffisante des autres disciplines et professions (leur objet spécifique et leur approche) avec lesquelles la travailleuse sociale aura à intervenir de plus en plus étroitement, avec la généralisation du travail multidisciplinaire » (RUFUTS, 2000 : 30).

En regard de l'identité professionnelle, le RUFUTS considère aussi que le corpus universitaire pourrait mieux faire valoir les spécificités propres à la profession du service social ainsi que le soutien et le développement de l'expertise professionnelle (2000 : 34).

L'ensemble des commentaires permet d'affirmer que le thème de la collaboration interprofessionnelle est un sujet d'intérêt, par lequel les participants à cette recherche se sentent interpellés professionnellement et pour lequel ils souhaitent une place plus grande lors de la formation académique. Nous croyons qu'il y a lieu d'approfondir cette recherche, somme toute exploratoire, d'enquêter de manière plus formelle à savoir comment la question de la collaboration interprofessionnelle est abordée lors de la formation académique, de mieux identifier les éléments

favorables à l'ouverture interprofessionnelle et d'en évaluer les mérites. Par ailleurs, toute recherche future portant sur cette thématique devrait nécessairement inclure le point de vue de d'autres acteurs et principalement, celui des enseignants.

4.10 Les limites de la recherche

Cette recherche s'est donnée comme but d'obtenir le point de vue des étudiants au sujet de la formation académique à la collaboration interprofessionnelle. Nous sommes consciente du fait que nos décisions de recherche ont produit des résultats qui, somme toute et compte tenu de l'ampleur de la problématique, demeurent parcellaires.

Une faiblesse importante de notre questionnaire, révélée lors de l'analyse des données, concerne le fait que les variables retenues pour la collaboration interprofessionnelle n'y sont pas exclusives. Plusieurs variables pouvaient aussi s'appliquer au champ de connaissance de la profession. De plus, nous n'avions prévu aucune question permettant d'expliciter davantage les liens entre les variables identifiées et la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, les dimensions telles que, la formulation d'objectifs, les règles de la communication, la méthode de résolution de problèmes, les modalités de prise de décisions, sont certes des dimensions utiles à la collaboration interprofessionnelle mais ce sont aussi des dimensions apprises pour structurer l'intervention du professionnel en service social. Or, nous n'avions pas prévu cette possibilité. Cela induit donc une limite importante dans notre interprétation des données. Si cette limite n'a été perçu qu'au moment de l'analyse c'est en grande partie dû à une autre faiblesse méthodologique, soit de n'avoir fait qu'un seul pré-test. Une étape de pré-test impliquant différents sujets, nous aurait peut-être permis de voir la faille dans notre questionnaire.

De plus, la présente recherche ne s'est prévalue que d'une méthode de collecte de données, soit celle du questionnaire auto-administré. Cette méthode est assortie de plusieurs limites comme nous l'avons précisé au chapitre 3. Malgré tout, elle nous a permis de recueillir l'opinion d'un échantillon somme toute acceptable,

nonobstant le faible nombre de diplômés de l'année 1999. L'utilisation d'une méthode comme celle des entrevues semi-structurées auprès de quelques répondants et auprès des professeurs de méthodologie de l'intervention, par exemple, aurait sans doute enrichi nos résultats, leur conférant davantage de profondeur et de nuances.

Enfin, il eut été pertinent d'associer à cette recherche des étudiants d'autres disciplines, voire d'étudiants en travail social dans d'autres universités. Nous aurions eu alors des éléments de comparaison utiles. La proposition est formulée. Il reste que cette recherche, de type exploratoire, s'est inscrite au cœur d'une problématique dynamique et fertile en possibilités d'études pour les années à venir. Aux recommandations ci-haut s'ajouteront quelques réflexions de la fin.

CHAPITRE 5 QUELQUES REFLEXIONS

La collaboration interprofessionnelle est représentée de nombreuses manières. On lui reconnaît de nombreuses vertus, alors que d'autres la qualifie d'utopie. Cela dit, son importance est incontestable et notre compréhension du phénomène se raffine sans cesse. Il fut une époque où l'on s'attardait à ses bénéfices et à ses contraintes, puis une autre où l'on s'est davantage intéressés au sens des mots pour la décrire. Actuellement, et de plus en plus, les recherches ont pour souci d'évaluer son efficacité. En effet, les chercheurs et les professionnels vivant au quotidien le défi de la collaboration interprofessionnelle se préoccupent de mieux comprendre ses déterminants tant au plan de sa qualité que son efficacité.

La pratique de la collaboration interprofessionnelle existe depuis longtemps parmi les professionnels de la santé et des services sociaux. À cet effet, le groupe des travailleurs sociaux a été et demeure particulièrement appelé à transiger, de façon régulière, avec des collègues de formations différentes et autres partenaires (Howe et coll., 2001, Stephenson, 2001 ; OPTSQ, 1996). Règle générale, ils ont aussi été parmi les professionnels les plus souvent représentés dans les équipes de base (Stephenson, 2001). Toutefois, depuis ces dernières années les travailleurs sociaux se sont souvent perçu comme isolés et peu encadrés professionnellement dans le contexte de ces équipes interprofessionnelles (Stephenson, 2001). Qui plus est, les organisations auprès desquelles ils œuvrent ont souvent privilégié des modèles de gestion par programme ou des modèles s'y apparentant. Ainsi l'équipe pluridisciplinaire est-elle devenue le point d'ancrage pour tous ces professionnels qui, tout en ayant hérité d'une singularité disciplinaire, partagent un objet commun d'offre de services.

Ce mémoire a donné la parole à de futurs et à de nouveaux travailleurs sociaux, à leurs perceptions de leur discipline et de leur compétence relative à la collaboration interprofessionnelle. Plusieurs de leurs recommandations confirment notre recension de la littérature au sujet de la formation qu'ils ont ou n'ont pas reçu en ce sens. Notre réflexion fait écho à ces commentaires, nomme les obstacles

conjoncturels et structurels qui sont présents et identifie les conditions permettant de les surmonter, cela dans un but d'intégration des savoirs.

5.1 Une formation à réviser

La réflexion que nous amorcions au début de cette recherche, associée aux propos recueillis auprès des répondants, nous incite à nous exprimer en faveur d'une formation sur la collaboration interprofessionnelle pour les futurs professionnels du service social.

D'entrée de jeu, rappelons que les participants à cette étude ont majoritairement indiqué ce qui suit : au terme de leur formation disciplinaire et au moment de leur intégration professionnelle, ils étaient plus ou moins prêts à amorcer des collaborations interprofessionnelles. Notre interprétation des données indique que les connaissances contribuées par le finissant en service social à la collaboration interprofessionnelle renvoient en très grande partie à des compétences spécifiques à sa propre discipline. Dit autrement, on a bien appris comment prioriser les dimensions *de son intervention*, mais sait-on pour autant comment planifier, prioriser, concilier les points de vue et coordonner les activités au sein de *son équipe pluridisciplinaire* ? Peut-on appliquer ces connaissances dans un tout autre contexte ? Il s'agit là d'une question hautement importante et qui plaide en faveur d'une formation approprié en ce sens.

Plusieurs des répondants recommandent à cet effet une formation qui traite distinctement de la collaboration interprofessionnelle, qui y expose de différentes façons l'étudiant, qui permette de mieux connaître les rôles et les fonctions des autres professionnels et qui soit l'occasion de mieux définir ceux des travailleurs sociaux. Certains ajoutaient que des cours portant sur la collaboration interprofessionnelle devaient être dispensés sur une base obligatoire.

Ces données confirment la littérature qui indique que les étudiants sont peu formés à la collaboration interprofessionnelle (Ricard, 2002 ; Howe et coll. 2001 ; Clair, 2001) :

> « L'enseignement pour le diplôme en travail social prépare généralement les professionnels en travail social au travail de groupe et à la prise de décision. Mais les écoles n'incluent pas tous les aspects uniques de la collaboration interdisciplinaire et organisationnelle dans leur programme, même si la collaboration en travail social est largement répandue. Les travailleurs sociaux ont besoin d'une formation spécifique, ainsi que d'être exposés directement à la connaissance, aux habiletés et aux valeurs des autres disciplines. Ils ont besoin d'apprendre comment intensifier la collaboration, tant en recherche que dans l'expérience de travail dans différents milieux » (Andrews, 1980 : 186, cité dans Lindsay : 1998).

Cela permet de croire qu'il y a définitivement lieu d'engager les étudiants, ces futurs professionnels, dans une démarche consciente d'apprentissage à la collaboration interprofessionnelle. Ce d'autant plus que, depuis près de vingt ans, de nombreux auteurs ont pressenti qu'une formation préalable à la collaboration interprofessionnelle peut avoir un impact favorable sur plusieurs plans (Larivière et Ricard, 1999 ; D'Amours, 1997 ; Mellor et Solomon, 1992 ; Dussault, 1990a ; Lebel, 1990 ; Julien, 1989 ; Chartier et coll., 1984). Lindsay (1998) a recensé ses nombreux avantages : attitude positive envers les autres professionnels (Holland et coll., 1994), première forme d'expérimentation de la collaboration, meilleure conscience de sa spécificité professionnelle (Casto et coll., 1994 ; Leclerc, 1990), transition plus facile entre le milieu universitaire et l'entrée sur le marché du travail (Harbaugh et coll., 1987), plus grande conscience des multiples défis et enjeux liés à la collaboration interprofessionnelle (Holland et coll., 1994) et sentiment accru de confiance et de compétence (Harbaugh et coll., 1987).

En regard de la formation, il importe toutefois de reconnaître qu'on ne peut conclure à l'efficacité des différentes approches de formation académique. En bonne partie, cette faiblesse est liée au peu de projets de formation à la collaboration interprofessionnelle en milieu universitaire. À tout bien considérer, cette situation révèle un problème structurel de taille.

Certains expliquent le peu de projets de formation à la collaboration interprofessionnelle dans les milieux universitaires par la grande difficulté à les concevoir et à les implanter. Les obstacles souvent mentionnés sont : manque de

motivation et d'intérêt de la part des diverses facultés et des enseignants, différences dans les niveaux de formations et dans la structure des cursus académiques (durée de formation, période et durée de stage), conflits d'horaires, difficultés à obtenir des groupes représentatifs et homogènes, difficultés à définir des contenus de formation et absence de soutien des instances administratives.

Pour sa part, D'Amours (1997) souligne que les expériences qui ont été mises sur pied ne jouissent pas toujours des conditions favorables à son évolution et son intégration permanente dans le cursus universitaire. Par ailleurs, elle ajoute que nous sommes maintenant à devoir envisager davantage des changements de mentalité, donc des modifications profondes quant aux valeurs, aux structures et aux pratiques qui prédominent dans les milieux universitaires. Elle précise :

> « Les restrictions budgétaires dans les universités font en sorte que certaines d'entre elles, pour des raisons de rationalisation, prônent le partage de cours entre facultés, on pourrait y retrouver des enseignements pluriprofessionnels au premier cycle. Ce sont des opportunités de changement, mais les transformations du système éducationnel devront être plus profondes pour qu'une véritable ouverture se crée entre professions et ainsi créer un alignement entre les impératifs du travail en interdépendance et la formation des professions » (p. 230).

Plusieurs conditions doivent se voir réunies pour amorcer des projets de formation à la collaboration interprofessionnelle qui sont efficaces et qui ont leur place en milieu universitaire (Lebel, 1990).

Pour faire en sorte de surmonter les obstacles en question et favoriser de tels projets, les instances administratives des milieux d'enseignement doivent s'y engager dans la pratique et non seulement en parole. De leur côté, les enseignants doivent posséder une très bonne connaissance de l'interprofessionnalité et être eux-mêmes en concertation et en collaboration avec leurs pairs (Lebel, 1990 ; Mellor et Solomon, 1992). En effet :

> « D'abord l'appui et la collaboration des enseignants et de l'administration des écoles de formation sont essentiels à la réussite de ces expériences. Ensuite les étudiants adhèrent plus aisément à l'idée de collaboration interdisciplinaire quant leurs formateurs manifestent une telle adhésion par leurs propos et surtout leurs comportements... Il faut que les formateurs « prêchent par l'exemple » » (Dussault, 1990a : 36).

Plusieurs auteurs précisent les conditions à mettre en place pour surmonter les obstacles issus des milieux académiques par rapport aux projets de formation à la collaboration interprofessionnelle (Howe et coll., 2001 ; Hall et Weaver, 2001 ; Wilson et Pirrie, 2000 ; Lindsay et coll., 1998 ; Somerville, 1991).

Parmi les conditions à assurer, rappelons :

- engagement et appui institutionnel ;
- accès à des ressources matérielles, financières et organisationnelles ;
- enseignants formés à la collaboration interprofessionnelle ;
- pratique interprofessionnelle entre les enseignants et les facultés ;
- ouverture à des méthodes d'enseignement non-traditionnelles ;
- intérêt et disponibilités des enseignants pour accompagner les étudiants dans la démarche de formation à la collaboration interprofessionnelle ;
- collaboration efficace entre le milieu universitaire et les milieux professionnels.

Somerville (1991) rappelle toutefois que des changements comme ceux qui sont ici préconisés peuvent entrer en contradiction avec les intérêts de certains groupes :

> « Il est évident que beaucoup de personnes, en particulier dans les milieux universitaires, dont la situation et l'avenir dépendent de la productivité qu'ils ont et de l'image de productivité qu'ils donnent selon certaines modalités relativement traditionnelles, peuvent se sentir menacées par les exigences de la transdisciplinarité. Il est évident aussi que la réalisation et la promotion de la transdisciplinarité mettront à rude épreuve nos systèmes actuels d'enseignement supérieur [...] » (p. 121).

Et l'auteure d'ajouter :

> « Nouveaux partenariats, nouvelles conceptions, nouvelles approches, nouvelles compréhensions, nouveaux systèmes : toutes ces nouveautés qui nous seront nécessaires dans nos efforts d'élaboration du savoir du XXIe siècle exigeront une restructuration des relations au sein des universités et entre les universités, la collectivité, les institutions non gouvernementales et les pouvoirs publics » (*Loc. cit.*).

À la suite de ces constatations, nous postulons que l'accès à une meilleure connaissance et compréhension des différentes dimensions de la collaboration interprofessionnelle et des processus qui s'y rattachent, amorcées de manière formelle dès la formation universitaire de niveau baccalauréat, permettra aux futurs professionnels d'entamer une carrière et de contribuer de manière plus efficace au sein d'équipes réunissant d'autres disciplines professionnelles. Ils pourront, surtout, faire valoir de façon plus organisée la nécessité de mettre en place ou d'améliorer les conditions organisationnelles favorables à l'émergence et à l'évolution de la collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, nous croyons que cela peut disposer à une attitude favorable à l'interdisciplinarité. Une telle attitude est reconnue comme un déterminant de l'efficacité de l'équipe pluriprofessionnelle (Larivière et Savoie, 2001).

Il ne faudrait pourtant pas conclure que la formation universitaire comme celle que l'on préconise ou que la collaboration interprofessionnelle en soi est un moyen suffisant pour générer des connaissances et des pratiques interdisciplinaires dignes de ce nom. Reste à favoriser une mise en commun et une meilleure compréhension entre les discours et les pratiques d'acteurs de plusieurs arènes et disciplines.

5.2 Des discours et des pratiques à concilier

L'interdisciplinarité s'est constituée en champ de connaissances qui progresse, mais qui au-delà du pragmatique besoin de collaboration, atteindra un réel niveau de maturité lorsqu'il existera une véritable mise en commun des connaissances des acteurs qui y participent.

Frederico Mayor (1991) est de ceux qui estiment la collaboration interprofessionnelle un moyen pertinent mais non suffisant pour que progressent les connaissances relatives à l'interdisciplinarité. Ce progrès, dit-il, s'effectuera aussi en établissant des ponts entre les différents spécialistes et acteurs :

> « Si l'interdisciplinarité est aujourd'hui un phénomène objectif du savoir, un de ses traits organiques, elle est donc aussi un moyen d'encourager, entre tous les spécialistes, ce minimum de dialogue qui permet à tous de comprendre les exigences de chacun. En particulier, elle oblige le savant à prêter attention aux soucis du penseur, aux inquiétudes du sociologue, aux interrogations du citoyen. Elle est donc l'occasion de mettre en œuvre une réflexion à la mesure des savoirs décisifs, mais dispersés que la cité savante ne cesse de produire et d'accumuler » (p. 13).

Mayor recommande donc d'aller à la rencontre de l'autre pour mieux le connaître, cette meilleure connaissance favorisant un réajustement, chez l'un et chez l'autre, des pensées et des façons de faire réciproques. Or, à nouveau, des défis accompagnent la rencontre du milieu des professionnels et du milieu académique.

L'un des obstacles à cette rencontre entre professionnels et disciplines académiques provient de deux processus — l'interprofessionnalité et le professionnalisme —dont les finalités s'opposent. En effet, chacune de ces notions fait appel à des processus de socialisation fondés sur des valeurs différentes. Pour faciliter cette rencontre, des transformations profondes devront se produire aux plans des valeurs, des approches et des méthodes privilégiées par nos universités. De plus, le milieu académique et le milieu professionnel devront davantage établir ou rétablir des communications entre les acteurs. En corollaire, au sein de leurs milieux de travail, les professionnels sont traversés par des exigences opposées émanant autant de leur propre culture professionnelle et des exigences organisationnelles que de la culture interprofessionnelle. À partir de ses résultats de recherche sur la question, D'Amours (1997) explique la situation ainsi :

> « Les acteurs sont confrontés à des logiques dissemblables qui entrent en interaction dans la collaboration interprofessionnelle : une logique influencée par le système professionnel et une logique de la collaboration. La logique dominante, celle de la professionnalisation, est établie sur la base des savoirs socialement reconnus à des groupes spécifiques qui délimitent leur champ professionnel ainsi que leur position sur le marché du travail. La logique de la collaboration interprofessionnelle est basée sur des valeurs humanistes qui recentrent les acteurs autour de la personne plutôt qu'autour des territoires professionnels et de la spécialisation. Il ne s'agit pas de concevoir l'acteur comme participant exclusivement à l'une ou l'autre de ces logiques mais plutôt comme étant constamment bombardés par deux modes de pensée et cherchant sa propre voie » (p. 5).

Le défi qui confronte les professionnels œuvrant au sein d'équipes pluriprofessionnelles est impressionnant : il leur est demandé à la fois d'affirmer leur identité professionnelle et de mettre leurs compétences au service du groupe aussi bien que de la clientèle, cela tout en acceptant de réviser leur lecture de la situation à la lueur d'évaluations réalisées par les autres professionnels en fonction de leurs compétences. Ainsi situés, les professionnels pourront vivre un état d'incertitude, baigner dans un climat défavorable ou exhiber un manque de savoir-faire qui entraîne des glissements vers un pôle ou un autre. Se cantonner au niveau de la différenciation risque de provoquer des attitudes rigides, un évitement des contacts interprofessionnels et, de toute évidence, la perte d'informations substantielles. À l'opposé, un désir trop grand d'intégration peut verser dans un état fusionnel où l'on cherche à aplanir les différences et les compétences spécifiques de chacun (D'Amours, 1997 ; Somerville, 1991). Par contre, ce *processus autre* dépasse la simple mise en commun. Le gain, pour qui accepte de relever ce défi, est tout aussi impressionnant : il permet de contribuer un savoir plus nuancé et d'accéder à une appréciation plus globale des besoins des usagers.

Comment parvenir à ce degré de mise en commun des savoirs tout en conservant cet élément de différenciation qu'est l'expertise professionnelle ? De quels points de repère disposent les professionnels ? L'un des terrains à explorer pour mieux relever ce défi est celui de l'**intégration**.

En proposant une telle avenue, un premier enjeu se pose : il s'agit de bien définir l'intégration. Trop fréquemment, le concept d'intégration est confondu avec celui de dilution ou de fusion. On doit plutôt l'associer à une démarche lors de laquelle la singularité ou l'identité d'une discipline, c'est-à-dire la spécialisation, demeure tout en se laissant confronter par d'autres regards disciplinaires qui, une fois intégrés, font émerger de nouvelles connaissances. Plus encore, l'intégration des savoirs introduit à d'autres explications et un niveau de compréhension supérieur.

L'intégration s'inscrit en tant que processus dynamique, toujours en mouvement, non pas comme une finalité (Somerville, 1991). C'est ainsi que :

> « L'intégration des connaissances est utile et nécessaire pour différentes raisons dont principalement pour aborder les problèmes complexes, confronter dans un espace commun, avec un esprit d'ouverture et de tolérance, les différentes valeurs à la base de nos discours et nos actions, puis reconnaître les traits communs aux différentes facettes du savoir » (Somerville, 1991 : 122).
>
> « L'intégration [...] permet d'aller plus loin que la simple juxtaposition des savoirs, et non pas des événements qui aboutissent à des produits de connaissance homogénéisés » (Somerville, *op. cit.* : 123).

Ainsi, intégration et spécialisation ne sont pas opposées. Au contraire, tel que le précise Durant (1991) :

> « Dans un travail interdisciplinaire, il ne doit pas y avoir une fusion totale des différentes disciplines. Le nouveau savoir qui émerge se nourrit des différences, mais il n'est pas leur addition ou simple conjonction. Certes, il faut savoir sur quel objet ou thème on travaille, mais en étant conscient qu'il ne sera jamais le même. Si l'on assume qu'aucun regard n'est jamais neutre ni naïf, puisqu'il révèle toujours la théorie du monde de chaque individu, l'objet sera vu différemment par chaque spécialiste. Ce qui accordera une certaine homogénéité aux analyses est le fait que ces spécialistes trouveront au moins une façon non-équivoque de nommer cet objet et qu'ils se mettront d'accord sur les objectifs de la recherche commune qu'ils développent.
>
> Il faut bien comprendre que l'interdisciplinarité et la spécialisation ne sont pas antagoniques, qu'elles ne s'opposent pas dialectiquement. Toute activité interdisciplinaire exige une formation préalable très performante : elle se passe entre spécialistes, elles se nourrit de leurs différentes spécialisations.

> L'interdisciplinarité vient combler un vide qui n'apparaît que dans la confrontation des connaissances, quand on se rend compte des risques d'une solution unilatérale pour un problème donné » (p. 54).

Somerville (1991) insiste sur l'importance de l'intégration, allant jusqu'à en faire l'un des principaux moments de l'évolution des connaissances. En effet, à partir de découpages grossiers, elle repère trois périodes dans l'évolution des connaissances. La première aurait culminé à la Renaissance, avec l'apprentissage de tout ce qu'il était important de connaître à son époque. La deuxième période aurait débuté à la seconde guerre mondiale et est caractérisée par l'essor des savoirs spécialisés et des spécialistes — ce qui est indispensable à la progression de la science. La troisième période, qui s'est profilée vers la fin des années 1980 et qui évolue parallèlement à la deuxième période, est celle qui s'attarde à l'intégration de ces courants hautement spécialisés et parallèles du savoir.

L'auteure écrit :

> « En cette troisième période, nous façonnerons des produits ou entités de connaissances intégrées, qui seront l'œuvre de groupes de personnes venues d'horizons divers qui auront été dûment choisis en fonction de la contribution particulière qu'elles peuvent apporter. Ces entités de connaissances devront manifester une synergie transdisciplinaire, c'est-à-dire que le tout sera plus grand que la somme des éléments constitutifs » (Somerville, 1991 : 123).

Ces processus d'intégration ne se déclencheront pas d'eux-mêmes. Les professionnels doivent être conscients des enjeux en présence et s'outiller pour faire face aux obstacles à l'intégration des savoirs.

Selon toute vraisemblance, le terrain de la pratique n'est pas le lieu où les professionnels pourront réconcilier les discours conflictuels qui les ont façonnés. On sait, en outre, que la clarification des rôles et le chevauchement des champs d'expertise représentent une source majeure de conflits interprofessionnels (Schmidt et coll., 2001). Les discussions entre et au sujet des frontières professionnelles devront se dérouler avant tout entre les différentes facultés universitaires. Il faudra voyager en amont et retourner aux sources de production

de la définition des champs professionnels, tout en souhaitant que les premiers acteurs — chercheurs et enseignants universitaires — , sans parler de leurs administrateurs, parviennent à concilier les éléments de différenciation et les processus d'intégration dont il s'agit.

Sur cette question, de toute évidence, la formation des étudiants n'est pas la solution à tous les maux. Malgré la reconnaissance de la pertinence et des bénéfices de la collaboration interprofessionnelle en milieu de travail, plusieurs difficultés demeurent entières. Parmi elles, rappelons les difficultés liées à un manque de connaissance (processus de travail de groupe), aux niveaux de formation et d'expérience différentes, aux problèmes d'identité professionnelle et surtout, aux nombreuses difficultés organisationnelles et juridiques.

En dernière analyse, tous les acteurs devront participer à ce changement de mentalités s'ils veulent influencer les structures et les pratiques des milieux juridiques, académiques ou professionnels. Ainsi, discours et pratiques seront-ils mieux adaptés aux besoins des clientèles confiées aux équipes interprofessionnelles. Depuis quelques années, des acteurs d'importance dans le milieu du travail social se sont prononcés (Clair, 2000 ; Bernier, 2001 ; RUFUTS, 2000 ; Hébert, 2000 ; OPTSQ, 1996). Peut-être pourront-ils, dans une démarche de collaboration interorganisationnelle, mettre en commun leurs différents savoirs et déployer une synergie qui ouvre la voie à des changements en profondeur.

CONCLUSION

L'évolution des connaissances dans le domaine de la santé et des services sociaux a connu un essor important jusqu'au début du XXe siècle. En corollaire de ces nouvelles connaissances, de nouvelles professions et spécialisations ont émergé. La présence grandissante d'une variété de professionnels de formations différentes a encouragé les organisations socio-sanitaires à privilégier toujours plus des regroupements de professionnels. Au fil du temps, s'est imposée l'idée que toute vision disciplinaire portait en soi des limites importantes et que la mise en commun des différentes perceptions était inévitable. Vers les années 1960, on assistait à la généralisation d'une organisation de travail fondée sur le regroupement par équipe pluriprofessionnelle. Les études de fonctionnement de ces équipes ont révélé que la présence conjointe de divers professionnels ne garantissait pas l'émergence d'un processus de collaboration. Au mieux, l'on assistait à une juxtaposition des savoirs, mais à très peu de coopération et d'échanges entre les professionnels en vue de se concerter et se coordonner par rapport aux services à offrir aux mêmes clientèles.

Multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité sont les dénominations les plus fréquemment utilisées pour traduire les processus interactionnels des professionnels réunis au sein d'une même équipe.

Un enjeu majeur est relié à ces appellations variées. En fait, chacune est définie de façon variée, ambiguë si ce n'est qu'elles sont utilisées indistinctement. Elles n'en génèrent pas moins de multiples attentes et de grandes déceptions pour ceux qui les conçoivent autrement. Nous croyons, comme d'autres auteurs, que ce sont là les différentes facettes d'un même processus. Aussi, nous avons repris à notre compte l'appellation proposée par D'Amours (1997), soit la collaboration interprofessionnelle.

En cela, la collaboration interprofessionnelle est un terme générique qui représente bien les degrés d'intensité de collaboration que peuvent contribuer des professionnels de formation différente réunis au sein d'une même équipe. Une

équipe fonctionnelle pourra moduler ses degrés d'interaction en passant d'un mode multidisciplinaire à un mode interdisciplinaire selon la complexité des problématiques de la clientèle qu'elle dessert. Un degré de collaboration plus intense sera requis pour les problématiques à causalités multiples, des pathologies concomitantes et de multiples dimensions qui commandent l'intervention de plusieurs professionnels en même temps.

La littérature réservée au concept de la collaboration interprofessionnelle nous apprend qu'il ne s'agit pas là d'un concept nouveau, puisque voilà quelques décennies que la littérature en fait état. Il est reconnu qu'un professionnel ne peut, à lui seul, réaliser une évaluation globale de la situation d'un individu et offrir l'ensemble des services requis. L'apparition de nouvelles spécialisations professionnelles découle de cette évidence et a complexifié le défi du travail d'équipe. L'équipe — ce regroupement d'individus qui établissent des rapports d'interdépendance pour offrir des services de qualité à une clientèle commune — est souvent la base de l'action collective. Si elle veut s'avérer fonctionnelle, une équipe doit avant tout se donner un but commun, s'entendre sur ses normes de fonctionnement, respecter les champs de compétences de chacun et compter sur des membres capables d'ouverture et de souplesse. Ces conditions étant présentes, l'équipe devient une entité viable et évolutive. Son évolution influencera la qualité des collaborations interprofessionnelles qui en émergent. Cela dit, plusieurs autres facteurs influenceront positivement ou négativement la collaboration interprofessionnelle. Deux grandes catégories de facteurs sont connues : les facteurs exogènes formés par le cadre législatif et le cadre organisationnel et les facteurs endogènes reliés à l'équipe elle-même, à sa composition, à son fonctionnement et aux caractéristiques de ses membres. De toute évidence, l'établissement de relations de confiance entre les membres et le partage de pouvoir, canalisés par des mécanismes de communication efficaces, rejailliront favorablement par rapport à une collaboration interprofessionnelle fonctionnelle.

En dépit des nombreux défis à la collaboration interprofessionnelle, sa pertinence est reconnue car ses avantages sont nombreux. Les bénéfices pour la clientèle sont associés à une meilleure compréhension des besoins, une plus grande variété

de services, une cohérence et une continuité dans les services qu'ils reçoivent d'où une qualité de services accrue. Les professionnels jouissent notamment d'un plus grand degré de satisfaction, d'un meilleur partage des responsabilités, d'une amélioration de leurs connaissances et d'une évaluation plus complète des besoins de la clientèle.

Bien que son efficacité ne soit pas démontrée hors de tout doute et que les conditions favorisant son émergence et son évolution sont loin d'être optimales — quand elles ne sont pas absentes —, la collaboration interprofessionnelle n'est pas un phénomène passager. La compréhension de ce concept est de plus en plus grande et nuancée.

Malgré tout, les discours contemporains font de la collaboration interprofessionnelle — peu importe l'appellation qu'on lui donne — une réalité incontournable au cœur des pratiques professionnelles, dans la planification et la prestation de services sociosanitaires.

Plusieurs autres dimensions de la collaboration interprofessionnelle peuvent faire l'objet d'une recherche. Pour notre part, le regard a porté exclusivement sur le processus de formation des futurs travailleurs sociaux à la collaboration interprofessionnelle. Ces professionnels en devenir interviendront régulièrement auprès d'une clientèle présentant des besoins variés et complexes. Ils ont longtemps été parmi les professionnels les plus souvent représentés dans les équipes de base et sont appelés régulièrement à établir avec leurs collègues des collaborations interprofessionnelles. Nous l'avons vu, les interactions professionnelles peuvent s'inscrire dans un contexte de travail compétitif et conflictuel, où les rapports de pouvoir dominent au détriment de la finalité du travail d'équipe qui est la prestation de services de qualité. Or, la réalité actuelle des milieux professionnels en est une où les futurs travailleurs sociaux sont souvent isolés de leurs pairs, sans grand accès à des mesures d'encadrement professionnel. D'où l'importance d'une formation préalable favorisant des collaborations interprofessionnelles saines et pertinentes.

L'insertion au marché du travail et l'intégration dans une équipe pluridisciplinaire, pose donc pour le jeune professionnel de nombreux défis. Compte tenu du fait que le processus de socialisation d'un nouveau professionnel se fait principalement au sein de son équipe de travail (Abramson, 1993), il doit très tôt être en mesure d'affirmer son identité professionnelle, cela tout en faisant preuve d'ouverture pour négocier les zones d'intervention commune et participer à l'intégration des différentes expertises en vue d'un meilleur service. De quels points de repère dispose-t-il pour y arriver ?

Notre recherche démontre que les participants à cette recherche ne se sentent pas suffisamment prêts à relever ce défi. En plus de ne pas se percevoir suffisamment préparés à amorcer ce genre de relations au terme de leur formation académique, les répondants confirment qu'ils vivent des difficultés au sein des relations interprofessionnelles. La plupart de ces difficultés sont articulées à la négociation des rôles et fonctions.

Malgré tout, la très grande majorité reconnaît qu'il est essentiel d'avoir au sein d'une équipe de travail des relations interprofessionnelles harmonieuses et la plupart d'entre eux, ont à collaborer systématiquement avec d'autres professionnels de l'équipe.

La collaboration interprofessionnelle fait partie du quotidien des travailleurs sociaux. Ces derniers, néanmoins, rencontrent de nombreuses difficultés lors de son application. Les recommandations qu'ils formulent dans le cadre de la présente recherche expriment clairement la nécessité d'offrir aux étudiants du premier cycle différentes modalités pédagogiques afin de leur permettre de se familiariser avec et d'explorer toutes les facettes de cette forme de collaboration. Certes, plusieurs ont pu le faire dans le contexte du stage professionnel, mais certains souhaitent une forme d'apprentissage plus formalisée et accessible à tous, voire obligatoire pour tous.

Évidemment, la formation en milieu académique n'est qu'un facteur parmi d'autres. Tel que le spécifie notre revue de littérature, tout professionnel devrait être assuré

non seulement de l'accès à des formations continues en milieu de travail mais aussi de conditions organisationnelles favorables à un travail d'équipe efficace.

Au sein de la pratique professionnelle mais aussi dans les discours des différents acteurs, tous devront tenir compte de la tension à équilibrer entre la différenciation disciplinaire et l'intégration des visions multidisciplinaires. Cette tension participe à l'évolution des connaissances. Toutefois, cela impliquera des discussions en amont du terrain des praticiens. Les discours parfois très divergents l'un par rapport à l'autre, qui émanent des milieux professionnels et des milieux académiques, doivent être conciliés. De plus, au sein même de l'institution universitaire, des discussions devront être reprises. Cette mise en commun permettra de réduire les écarts entre les différents intérêts et de mieux servir, dans le cas qui nous intéresse, les clientèles des services sociosanitaires.

Plusieurs réflexions et certaines actions sont déjà engagées à cet effet. Les appels en ce sens ont été lancés par différentes instances (Rapport Bernier, 2001 ; Rapport Clair, 2000 ; RUFUTS, 2000 ; OPTSQ, 1996). Or, pour que des changements de mentalités se produisent, il faudra davantage de rencontres interfacultaires, de conditions organisationnelles favorables pour soutenir une formation à la collaboration interprofessionnelle et de plans d'actions concrets pour engager les milieux professionnels et académiques dans une même voie de changement.

Notre regard s'est porté sur une dimension de la problématique de la collaboration interprofessionnelle et visait avant tout à explorer la situation de la formation des étudiants de l'École de service social de l'Université de Montréal. Il eut été fort intéressant d'élargir le propos afin de connaître les perceptions des enseignants du premier cycle à l'égard de la formation disciplinaire et interdisciplinaire du point de vue d'une unité de service social. Nous encourageons une telle recherche, complémentaire à la présente et qui sonde le professorat par rapport à la collaboration interprofessionnelle et aux conditions de l'intégration de ce champ de compétences dans le cursus universitaire. Il eut aussi été très intéressant d'étendre ce type de recherche auprès d'autres facultés et d'autres milieux universitaires. Nous souhaitons la réalisation de telles études, tout comme celles

pouvant évaluer l'impact d'une formation à la collaboration interprofessionnelle chez des étudiants du premier cycle.

Les voies de recherche sont multiples. De toute évidence, notre compréhension du concept de la collaboration interprofessionnelle a beaucoup évolué depuis les dernières années. Il est opportun, cependant, de diversifier notre regard de chercheur et de poursuivre — autant que susciter — des questionnements au sujet de cette problématique des plus contemporaine. De fragmenté, le regard de l'administrateur, du chercheur, du formateur, du praticien et de l'étudiant bénéficiera de l'ouverture à l'intégration des discours et des pratiques entre professionnels. Cela, tout en affirmant sa spécificité professionnelle. Cette visée complexe, mais porteuse de changements, est à notre avis incontournable et tous sont appelés tôt ou tard s'y engager.

LES SOURCES DOCUMENTAIRES

ABRAMSON, J. S. (1993) *Orienting Social Work Employees in Interdisciplinary Settings. Shaping Professional and Organizational Perspectives*, Social Work, 38, 2 (March), 152-157.

ABRAMSON, J., MIZRAHI, T. (1986) *When Social Workers and Physicians Collaborate: Positive and Negative Interdisciplinary Experiences*, Social Work, 41, 3, 270-281.

Actes du Colloque (2001) *Le partage de l'information dans un contexte d'interdisciplinarité*, 3e Colloque sur l'interdisciplinarité, Bromont, 22 et 23 mars.

ALEXANDER, J., LICHTENSTEIN, R., JINNETT, K. (1996) *The Effects of Treatment Team Diversity and Size on Assessments of Team Functioning*, Hospital and Health Services Administration, 41, 37-55.

ANDREWS, A. B. (1980) *Interdisciplinary and Interorganizational Collaboration*, Encyclopedia of Social Work, 175-188.

ANVARIPOUR, P. L., JACOBSON, L., SCHWEIGER J., WEISSMAN, G. K. (1991) *Physician-Nurse Collegiality in the Medical Curriculum Exploratory Workshop and Student Questionnaire*, Mount Sinai Journal of Medicine, 58, 1, 91-94.

ARCHAMBAULT, J. (2000) Le soutien à la pratique interdisciplinaire, Symposium sur l'interdisciplinarité, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Département de Psychologie, 5 mai.

AUBRY, J. M., SAINT-ARNAUD, Y. (1975) Dynamique des groupes, Montréal, Les éditions du CIM, 1975.

BANKS, S., BYRNE, C. (1996) *Ce qui fonctionne et pourquoi. Enseignement interdisciplinaire dans les domaines des sciences de la santé et des sciences sociales : les leçons apprises*, Association des facultés de médecine du Canada Construire un pont. Les défis et débouchés de l'enseignement interdisciplinaire en matière de VIH / SIDA, 21-30.

BARNES, L. B. (1981) *Managing the Paradox of Organizational Trust*, Harvard Business Review, 59, 2, 107-116.

BECHER, T. (1994) *The Significance of Disciplinary Differences*, Studies in Higher Education, 19, 2, 151-161.

BERNIER, R. (2002) Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines, Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, Deuxième rapport, (sans lieu), Gouvernement du Québec (juin).

BLOCKSTEIN, W. L. (1983) *Interdisciplinary education*, Möbius Essay, University of California.

BLOOM, B., PARAD, H. (1976) *Interdisciplinary Training and Interdisciplinary Functionning*, American Journal of Orthopsychiatry, 46, 669-677.

BROUSSINE, I. (1999) *Working in Partnership, in* WILSON, V., ODGEN-SMITH, J. (eds.), Pre-school Educational Research: Linking Policy with Practice, Edinburgh, Scottish Executive.

BRUNET, M. (1978) *Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type : l'équipe multidisciplinaire en santé*, Recherches sociographiques, 19, 2 (mai-août), 261-269.

CABOT R.C. (1915/1973) *Social Service and the Art of healing*, NASW Classic Series, New York, Moffat, Yard and Company.

CASTO, R. M., JULIA, M. C., PLATT, L. J., HARBAUGH, G. L., THOMPSON, A., JOST, T. S., BOPE, E. T., WILLIAMS, T., LEE, D. B. (1994) *Interprofessional Care and Collaborative Practice*, Belmont, CA, Brooks / Cole.

CASTONGUAY, C., NEPVEU, Y. (1970) Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec.

CHAFETZ, P., WEST, H., EBBS, E. (1988) *Overcoming Obstacles to Cooperation in Interdisciplinary Long-term Care Teams*, Journal of Gerontological Social Work, 11, 131-140.

CHARTIER L., PRONOVOST, L., MALAVOY, M., JINCHEREAU, F. (1984) *Une expérience de formation à l'interdisciplinarité*, L'infirmière canadienne (août), 10-16.

CLAIR, M. (2000) Les solutions émergentes. Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS), Québec, Les Publications du Québec, 454 pages.

CLARK, P.G., SPENCE, D.L., SHEENAN, J.L. (1987) *Challenges and Barriers to Interdisciplinary Gerontological Team Training in the Academic Setting*, Gerontology and Geriatrics Education, 7, 93-110.

Comité ad hoc du Comité de coordination du Programme de soins de longue durée (1992) Guide de travail en équipe interdisciplinaire pour le programme de soins de longue durée, Montréal, C.H. Côte-des-Neiges, 34 pages.

Comité de la politique de santé mentale (1987) Pour un partenariat élargi. Projet de politique de santé mentale pour le Québec, Québec, Gouvernement du Québec.

COOK, J., WALL, T. (1980) *New Work Attitude Measures of Trust, Organizational Commitment and Personal Need Non-Fulfilment*, Journal of Occupational Psychology, 53, 39-52.

COOLEY, E. (1994) *Training an Interdisciplinary Team in Communication and Decision-making Skills*, Small Group Research, 25, 5-25.

COUTURIER, Y., LEGAULT, B. (2002) *Du doute identitaire à la complexité de la tâche. Réflexion pour repenser la question de l'estime de soi professionnelle des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales*, Intervention, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 115, 57-63.

DEJEAN de la BATIE, M. A. (1990) *L'interdisciplinarité dans la formation en gérontologie en cours d'emploi*, dans Hébert, R. (dir.), Interdisciplinarité en gérontologie : Actes du IVe Congrès international de gérontologie, Montréal, Edisem / Maloine, 75-78.

DESLAURIERS, J. P., HURTUBISE, Y. (dir.) (2000) Introduction au travail social, Sillery, Les Presses de l'Université Laval.

DUCANIS, A., GOLIN, A. (1979) The Interdisciplinary Health Care Team, Germantown, Aspen Systems Corporation.

DURAND, P. J., MORIN, B., POTVIN, A., FRANCOEUR, L. BÉLANGER, M., MASSON, A. (1990) *Qualité de vie en milieu d'hébergement de soins de longue durée : un défi de taille à l'interdisciplinarité*, dans HÉBERT, R., Interdisciplinarité en gérontologie, St-Hyacinthe, Edisem, 16-17.

DURANT, G. (1991) *Multidisciplinarité et heuristique*, Entre savoirs. L'interdisciplinarité en acte : enjeux, obstacles, résultats, Toulouse, Édition Érès, 35-47.

DUSSAULT, G. (1986) *La collaboration interprofessionnelle. Une utopie ?*, Artère, 4, 3, 17-18.

DUSSAULT, G. (1990a) *Formation continue des membres des équipes de travail interdisciplinaires*, dans Hébert, R. (dir.), Interdisciplinarité en gérontologie : Actes du IVe Congrès international de gérontologie, Montréal, Edisem / Maloine, 85-89.

DUSSAULT, G. (1990b) *Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité*, Le gérontophile, 12, 2 (printemps), 3-6.

D'AMOURS, D. (1997) Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de la santé première ligne au Québec, Thèse de doctorat, Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal.

École de service social, Montréal, Université de Montréal (2003) http://www.esersoc.umontreal.ca/presentation.html

EDELSTEIN, S., KROPENSKE, V., HOWARD, J. (1990) *Project T.E.A.M.S.*, Social work, 35, 2, 101-104.

ELLIOTT-MILLER, P., HUPE D., SEELY J. (in press) *The Team in Palliative Care,* The Concise Oxford Textbook of Palliative Care, Dunlup R., Portenoay R., Cayle N., Davis C. (eds), Oxford, Oxford University Press.

FAIR, R. (1993) *The Interdisciplinary Care of Children with Insulin Diabetes Mellitus*, Child and Adolescent Journal of Social Work, 10, 5, 441-453.

FALCK, H.S. (1977) *Interdisciplinary Education and Implications for Social Work Practice,* Journal of Education for Social Work, 13, 2, 30-37.

FAULKNER-SCHOFIELD, R., AMODEO, M. (1999) *Interdisciplinary Teams in Health Care and Human Services Settings*, National Association of Social Workers, 210-219.

FRENCH, L.M. (1940) Psychiatric Social Work, New York, The Commonwealth Fund.

FRIEDBERG (1993), Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée, Paris, Éditions du Seuil.

GILLIES, D. A. (1985) Collaboration in Nursing, Rockville, Md, Aspen Publishing.

HABERMAN, S. J. (1973) *The Analysis of Residuals in Cross-Classified Tables,* Biometrics, 29, 205-220.

HALL, P., WEAVER, L. (2001) *Interdisciplinary Education and Teamwork: A Long Winding Road*, Medical Education, 35, 867-875.

HARBOUGH, G.L., Casto, M.R., Burgess-Ellison, J.A. (1987) *Becoming a Professional : How Interprofessionnal Training Helps*, Theory Into Practice, 26, 2, 141-145.

HÉBERT, M. (2000) L'interdisciplinarité : une équipe multidisciplinaire en action, dans DESLAURIERS, J. P., HURTUBISE, Y. (dir.), Introduction au travail social, Sillery, Les Presses de l'Université Laval, Chapitre 10, 265-288.

HÉBERT, R. (1997) *Définition du concept de l'interdisciplinarité*, Colloque de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, Québec (avril), 18 pages.

HILL, A. (1998) *Multiprofessionnel Teamwork in Hospital Palliative Care Teams*, International Journal of Palliative Nursing, 4, 5, 214-221.

HORDER, J. (1992) *A National Survey that Needs to be Repeated. Centre for the Advancement of Interprofessional Education*, Journal of Interprofessional Care, 6, 1, 65-71.

HOLLAND, E.B., ROBERTS, K.T., VAN STEWARD A., WRIGHT, A. (1994) *Life Span Geriatric Interdisciplinary Curriculum for Preparing Future Health Care Professionals*, Educational gerontology, 20, 3, 231-239.

HORAK, B.J., O'LEARY, K. C., CARLSON, L. (1998) Preparing Health Care Professionals for Quality Improvement: The George Washington University / George Mason University Experience, Quality Management Health Care, 6, 2, 21-30.

HOULE, C., CYPHERT, F., BOGGS, D. (1987) *Education for the Professions*, Theory Into Practice, 26, 2, 83-87.

HOWE, L. J., HYER, K., MELLOR, J., LINDEMAN, D., LUPTAK, M. (2001) *Educational Approaches for Preparing Social Work Students for Interdisciplinary Teamwork on Geriatric Health Care Teams,* Social Work in Health Care, 32,4, 19-42.

HUTCHENS, G. C. (1994) *Differentiated Interdisciplinary Practice*, Journal of Nursing Administration, 24, 52-58.

HYER, K. (1998) *The Hartford Foundation Geriatric Interdisciplinary Team Training Program*, *in* SIEGLER, E., HYER, K., FULMER, T., MEZEY, M. (eds.), Geriatric Interdisciplinary Team Training, New York, Springer Publishing Co.

HYLAND, J. M., NOVOTNY, E., TRAVIS, J., AREA, H. (1987) *The Psychosocial Team and the Difficult-to-treat Patient*, Journal of Psychosocial Ontology, 5, 41-50.

IVEY, S., BROWN, K. S., TESKE, Y., SILVERMAN, D. (1988) *A Model for Teaching About Interdisciplinary Practice in Health Care Settings*, Journal of Allied Health (August), 189-195.

JACOBS, L.A. (1987) *Interprofessional Clinical Education and Practice*, Theory Into Practice, 26, 2, 116-123.

JULIEN, C. (1989) *La collaboration dans l'équipe multidisciplinaire*, L'infirmière canadienne, 85, 10, 39-42.

KATZ, S., HALSTEAD, L., WIERANGA, M. (1975) *A Medical Perspective of Team Care*, in SHERWOOD, S. (Ed.), Long-term Care : A Handbook for Researchers, Planners and Providers, New-York, Spectrum Publications Inc., 213-252.

KATAN, J. (1984) *Role Formation and Division of Work in Multiprofessional Human Service Organization*,Administration in Social Work, 8,1, 73-87.

KEROUAC, S., PÉPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A., MAJOR, F. (1994) La pensée infirmière, Études vivantes, Montréal.

KEUNG HO, M. (1977) *An Analysis of the Dynamics of Interdisciplinary Collaboration*, Child Care Quarterly, 6, 4, 279-287.

KEVIN, W. E. (2002) *Teamwork During Education: The Whole is not Always Greater than the Sum of the Parts*, Medical Education, 36, 314-316.

KHALID, M. (1996) *La formation en regard des profils de compétence dessinés par le milieu gérontologique*, Le gérontophile, 18, 3, 8-12.

KROPIUNIGG, U., PUCHER, I., WECKENMANN, M. (2002) *Learning in Groups: Teamshaping in the Teaching of Medical Psychology,* Medical Education, 36, 334-336

LAFOREST, J. (1997) Gérontologie appliquée. Les professionnels de la vieillesse, Montréal, Éditions Hurtubise HMH.

LARIVIÈRE, C., BARBEAU, C. (1999) Analyse préliminaire des résultats de la recherche effectuée aux Centres jeunesse de Lanaudière, Montréal, École de service social, Université de Montréal.

LARIVIÈRE, C., RICARD, C. (1999) *Formation au travail interdisciplinaire en équipe multidisciplinaire*, Réseau conseil interdisciplinaire du Québec.

LARIVIÈRE, C., SAVOIE, A. (2001) Bilan de l'implantation et du fonctionnement des équipes multidisciplinaires de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, Rapport d'établissement CLSC, Montréal, Groupe de recherche sur les équipes de travail de l'Université de Montréal (juin).

LEBEL, Paule (1999) *Les avantages et les défis de l'interdisciplinarité,* 2e Colloque sur l'interdisciplinarité, Trois-Rivières (mars).

LEBEL, P. (1990) *Interdisciplinarité dans la formation des étudiants en gériatrie*, dans Hébert, R. (dir.), Interdisciplinarité en gérontologie. Actes du IVe Congrès international de gérontologie, Montréal, Edisem / Maloine, 79-84.

LESAGE, P.-B., RICE-LESAGE, J. A. (1982) *Comment tenir compte des différences individuelles au travail ?* Gestion, 7, 4, 17-26.

LIFSHITZ, J. (1996) *Assurer le rôle du travailleur social au sein de l'équipe multidisciplinaire d'une clinique externe pour personnes ayant le VIH - SIDA*, Le travailleur social, 37-45.

LINDSAY, J., DUMONT, S., BOUCHARD, J., AUGER, F. (1998) Le travail interdisciplinaire dans la formation en service social. État de la question, Université Laval, École de service social.

LISTER, L. (1982) *Role Training for Interdisciplinary Health Teams*, Health & Social Work, 7, 1, 19-25.

LUSZKI, M. (1958) *Interdisciplinary Team Research Methods and Problems*, National Training Laboratories, New York.

McKENNA, P.M. (1981) *Role Negotiation : A Strategy for Facilitating an Interprofessionnal Health Care Team*, Nursing Leadership, 4, 4, 23-28.

McPHERSON, C., SACHS, L.A., (1982) *Health Care Team Training in U.S. and Canadian Medical Schools,* Journal of Medical Education, 57, 282-287.

MARIANO, C. (1989) *The Case for Interdisciplinary Collaboration*, Nursing Outlook, 37, 6, 285-288.

MAYER, R. C., DAVIS, J. H., SCHOORMAN, F.A. (1995) *An Integrative Model of Organisational Trust*, Academy of Management Review, 20, 3, 709-734.

MAYER, R., OUELLET, F. (1991) *Le questionnaire*, Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux, Montréal, Éditions Gaëtan Morin, Chapitre 6, 271-304.

MAYOR, F. (1991) Préface du directeur général de l'UNESCO, dans PORTELLA, E. (dir.), Entre savoirs. L'interdisciplinarité en acte : enjeux, obstacles, résultats, Toulouse, Édition Érès, 5 pages.

MELLOR, J., SOLOMON, R. (1992) *The Interdisciplinary Geriatric / Gerontological Team in the Academic Setting: Hot Air or Energizer?* Geriatric Social Work Education, 18, 3/4, 203-215.

MESTERS, I., MEERTENS, R., MOSTERD, N (1991) *Multidisciplinary Cooperation in Primary Care for Asthmatic Children*, Social Science and Medicine, 32, 1, 65-70.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989) La politique de santé mentale, Québec, Gouvernement du Québec.

MINK, O. G., OWEN, K. O., MINK, B. P. (1993) Developing High Performance People, the Art of Coaching, Reading, Massachusset, Addison-Wesley.

MORIN, E. (1996) *Cultiver la confiance dans les relations interpersonnelles*, Psychologie au travail, Montréal, Gaétan Morin, 311-315.

MOULDER, P. A., STAAL, A. M., GRANT, M (1988) *Making the Interdisciplinary Team Approach Work*, Rehabilitation Nursing, 13, 338-339.

OGIEN, A. (1987) *Le travail en équipe. L'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie*, Sciences sociales et Santé, 5, 2 (juin), 61-84.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (1996) De la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité, Montréal, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 12 pages.

PARADIS, B. A. (1987) *An Integrated Approach to Community Mental Health*, Social Work, 32, 2, 101-104.

PARKER, M., QUINN, J., VIEHL, M., McKINLEY, A. H., POLICH, C. L., HARTWELL, S., VAN HOOK, R., DETZNER, D. F. (1991) *Issues in Rural Case Management*, Family and Community Health, 14, 40-60.

PELLETIER, G. (1988) *L'équipe multidisciplinaire et le défi de l'interdisciplinarité*, L'encadrement interne de l'équipe multdisciplinaire, Beauport, Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec, 1139-1146.

PESZNECKER, B. L., PAQUIN, R. (1982) *Implementing Interdisciplinary Team Practice in Home Care of Geriatric Clients*, Journal of Gerontological Nursing, 8, 9, 504-508.

PETRIE, H. J. (1976) *Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Enquiry*, The Journal of Aesthetic Education, 10, 29-43.

PIRRIE, A., WILSON, V., ELSEGOOD, J., HALL, J., HAMILTON, S., HARDEN, R., LEE, D., STEAD, J. (1998) Evaluating Multidisciplinary Education in Health Care, Edinburg, SCRE.

POULIN, J., WALTER, C. A., WALKER, J. L. (1994) *Interdisciplinary Team Membership: A Survey of Gerontological Social Workers*, Journal of Gerontological Social Work, 22 (1/2), p. 93-107.

POULTON, C. B., WEST, M. A. (1993) *Effective Multidisciplinary Teamwork in Primary Health Care*, Journal of Advance Nursing, 18, 918-925.

PRINGLE, M. (1993) Change and Teamwork in Primary Care, London, BMJ Publishing Co.

PRONOVOST, L., LACOMBE, G., OUELLETTE, Y. (1991) *Des cours en commun*, L'infirmière canadienne (septembre), 38-41.

PRONOVOST, L. (2000) L'équipe et les relations : deux réalités essentielles à l'interdisciplinarité, Le feuillet universitaire (avril), 24-31.

PRONOVOST, L., JINCHEREAU, F. (1986) Le travail interdisciplinaire, Conférence d'ouverture, Actes du colloque de l'Association des hôpitaux du Québec : La multidisciplinarité, un concept à développer et à promouvoir, St-Hyacinthe (novembre).

REEVES, S., FREETH, D., McCRORIE, P., PERRY, D. (2002) « It teaches you what to expect in future… »: Interprofessional Learning on a Training Ward for Medical, Nursing, Occupational Therapy and Physiotherapy Students, Medical Education, 36, 337-344.

Regroupement des unités de formation universitaire en travail social (RUFUTS) (2000) Continuum de la formation universitaire en travail social. Propositions pour l'élaboration d'un cadre de références commun, Document de travail (septembre).

REMPEL, J. R., HOLMES, J. G. (1986) *How do I Trust Thee ?* Psychology Today, 20, 28-34.

RICARD, C. (2002) Misère et grandeur de l'interdisciplinarité, Les nouvelles du Réseau conseil interdisciplinaire du Québec, 5, 1 (avril), 5-7

ROBERTS-DE GENNARO, M. (1996) An Interdisciplinary Training Model in the Field of Early Intervention, Social Work in Education, 18, 1, 20-29.

RONDEAU G., MATHIEU, R., COMMELIN D., LAUZON, M. (2001) Étude sur la séquence méthodologie et stage des baccalauréats en travail social dans les universités québécoises, Montréal, École de service social de l'Université de Montréal, (juin).

ROUX, C. (1996) *L'interdisciplinarité au service de la personne âgée*, La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières, *in* Lauzon, S., ADAM, E. (dir.), Ville Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 739-759.

ROY, M. (1999) *Les équipes semi-autonomes au Québec et la transformation des organisations*, Gestion, 24, 3 (automne), 76-85.

RUBIN, I. R., BECKHARD, R. (1972) *Factors Influencing the Effectiveness of Health Teams*, The Milbank Memorial Fund Quartely, 50, 317-335.

SAINT-ARNAUD, Y. (1978) Les petits groupes : participation et communication, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal / Éditions du CIM.

SALTZ, C. C. (1992) *The Interdisciplinary Team in Geriatric Rehabilitation*, Journal of Gerontological Social Work, 18, 3/4, 133-142.

SANDS, R. G. (1989) The Social Worker Joins the Team: A Look at the Socialization Process, Social Work in Health Care, 14, 2, 1-14.

SCHMIDT G., WESTHUES A., LAFRANCE J., KNOWLES, A . (2001) *Le travail social au Canada. Résultats de l'étude nationale de secteur*, Travail social canadien, Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux, 3, 2, 89-99.

SCHMITT, M. (1984) *The team Approach to the Elderly*, In CALKINS (Ed.), The Practice of Geriatric Medecine, Philadelphia : W. B. Saunders, 14-19.

SIEGEL, S., CASTELLAN, N. J. Jr. (1988) Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences (2nd edition), Montreal, McGraw-Hill.

SIPERSTEIN, G. N., WOLRAICH, M. L., REED, D. (1994) *Professionals' Prognoses for Individuals with Mental Retardation: Search for Consensus Within Interdisciplinary Settings*, American Journal on Mental Retardation, 98, 519-526.

SOLOMON, R., MELLOR, J. M. (1992) Interdisciplinary Geriatric Education: The New Kid on the Block, Journal of Gerontological Social Work, 18 (3/4), 175-186.

SOMERVILLE, M. (1991) La transdiciplinarité, vague de l'avenir : comment préparer nos rivages à l'accueillir, dans PORTELLA, E. (dir.), Entre savoirs. L'interdisciplinarité en acte : enjeux, obstacles, résultats, Édition Érès, Toulouse, 117-136.

SOUTHARD, E.E., JARRETT, M.C. (1922) The Kingdom of Evils, New York, Macmillan Company.

SPENCER, M.H. (1987) *Impact of Interprofessional Education on Subsequent Practice*, Theory Into Practice, 26,2,134-140.

STAHELSKI, A. J., TSUKUDA, R. A. (1990) *Predictors of Cooperation in Health Care Teams*, Small Group Research, 21, 2, 220-233.

STEPHENSEN, M., RONDEAU, G., MICHAUD, J. C., FIDDLER, S. (2001) Le travail social au Canada : une profession essentielle, 1, Rapport final remis au Comité directeur de l'étude sectorielle sur le travail social (janvier).

TJOSVOLD, D., TJOSVOLD, M. (1995) *Cross-Functional Teamwork: The Challenge of Involving Professionals*, Advances in Interdisciplinary Studies on Work Teams, 2, 1-34.

TSUKUDA, R. A. (1998) A Perspective on Health Care Teams and Team Training, in SIEGLER, E., HYER, K., FULMER, T., MEZEY, M. (eds.), Geriatric Interdisciplinary Team Training, New York, Springer Publishing Co.

VINOKUR-KAPLAN, D. (1995a) *Enhancing the Effectiveness of Interdisciplinary Mental Health Treatment Teams*, Administration and Policy in Mental Health, 22, 5 (May), 521-530.

VINOKUR-KAPLAN, D. (1995b) *Treatment Teams That Work (and Those That Don't): An Application of Hackman's Group Effectiveness Model to Interdisciplinary Teams in Psychiatric Hospitals*, Journal of Applied Behavioral Science, 31, 3 (September), 303-327.

WALTON, H. J. (1997) Small Group Methods in Medical Teaching, ASME Medical Education Booklet No. 1, Edinburg, Association for the Study of Medical Education.

WEBB, A.L., HOBDELL, M. (1980) *Coordination and Teamwork in Health and Personal Socail Services,* in LONSDALE, S. et coll., Teamwork in the Personal Social Services and Health Care, Croom Helm, London, 97-110.

WILSON, V., FINNIGAN, J., PIRRIE, A., McFALL, E. (1996) Encouraging Learning: Lessons from Scottish Health Care Organizations, Edinburg, SCRE (unpublished report).

WILSON, V., PIRRIE, A. (2000) Multidisciplinary Teamworking: Beyond the Barriers? A Review of the Issues, Scottish Council for Research in Education, (September), Edinburgh, 28 pages.

WILSON, V., PIRRIE, A. (1999) *Developing Professional Competence: Lessons from the Emergency Room*, Studies in Higher Education, 24, 2, 211-224.

WILSON, V., PIRRIE, A., FINNIGAN, J. (1998) *Encouraging Learning: A Study of Continuing Professional Development in Health Care*, Health Bulletin, 56, 3, 667-674.

ZAND, A. (1972) Making Groups Efective, San Francisco, California, Jossey-Bars.

ANNEXES

ANNEXE I
Lettre de présentation acheminée aux participants

Montréal, le 14 août 2002

Destinataires : ***Étudiantes et étudiants de l'École de service social Diplômés des deux dernières années de l'École de service social de l'Université de Montréal***

Objet : ***Participation à un projet de recherche :*** *Les besoins d'apprentissages à la collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes[6] du 1er cycle universitaire de l'École de service social.*

Bonjour,

Dans le cadre de ma maîtrise, je mène un projet sur le travail en équipe et la collaboration avec des intervenants de formation professionnelle différente de la nôtre, c'est-à-dire le travail multidisciplinaire ou interdisciplinaire.

Ayant œuvré comme travailleuse sociale durant plusieurs années, je suis à même de comprendre les grandeurs et les misères du travail d'équipe. Plusieurs études se sont penchées sur les conditions organisationnelles favorables à une bonne collaboration et d'autres se sont demandées « Est-ce que les étudiants sont suffisamment préparés pour cette réalité du travail ? »

C'est cette dernière voie que je compte explorer et avec votre aide, j'espère apporter une contribution à la réflexion.

Je m'adresse à vous aujourd'hui pour justement connaître votre point de vue sur cette question. Je compte y arriver en utilisant deux méthodes de collecte de données.

1. *Questionnaire écrit auto-administré auprès des étudiants et diplômés*
2. *Groupe de discussion avec les professeurs de méthodologie en service social*

---

[6] L'utilisation du féminin a pour fin de ne pas alourdir le texte et se veut sans préjudice par rapport au genre masculin.

Ma base de données s'appuiera d'abord et avant tout sur les informations que vous me fournirez. Vous comprendrez donc à quel point votre participation est importante pour moi.

PARTICIPATION SOUHAITÉE :

❖ ***Compléter et retourner le questionnaire dans l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe.***

IMPLICATIONS DE VOTRE PARTICIPATION :

Le questionnaire demeure anonyme et dans l'année qui suivra la fin de cette recherche, je détruirai toutes les informations saisies.

Il n'y a aucun critère d'exclusion de participation à cette recherche. Votre participation est tout à fait volontaire. Je n'anticipe aucun inconvénient à la participation à cette recherche.

J'estime qu'elle vous offre l'occasion de préciser certains besoins d'apprentissages sur la collaboration interprofessionnelle et d'indiquer les stratégies pédagogiques les plus pertinentes. La direction de l'École s'est montrée très intéressée par le thème de la recherche et souhaite connaître les résultats de mon exploration de vos besoins et commentaires.

Je vous remercie de votre attention et du temps que vous m'accorderez. Soyez assuré de ma disponibilité pour toute demande d'information.

Veuillez accepter mes salutations les meilleures.

Linda Fortier,
Étudiante à la maîtrise
École de service social

[redacted]

ANNEXE II
Lettre d'appui du directeur de l'École de service social de l'Université de Montréal

Université de Montréal

Faculté des arts et des sciences
École de service social

Montréal, le 6 décembre 2001

À qui de droit,

Sujet : Madame Linda Fortier

Mesdames, Messieurs,

L'École de service social offre son appui au projet de recherche de madame Linda Fortier, étudiante à la maîtrise en service social, et vous convie à y participer en complétant et en retournant le questionnaire ci-joint.

Toujours soucieuse de mieux répondre aux besoins de ses étudiants et de ses étudiantes, l'École de service social considère que ce projet pourra apporter des éléments significatifs de réflexion sur un sujet d'actualité, la collaboration interprofessionnelle ou comme on le désigne plus souvent, le travail d'équipe en multi et en interdisciplinarité.

À vous qui étudiez au premier cycle de l'École de service social ou qui êtes un ou une jeune professionnel(le) nouvellement diplômé(e), n'hésitez pas à faire connaître vos besoins de formation par rapport à cette réalité de travail, dorénavant incontournable.

Nous espérons le tout à votre convenance et si de plus amples informations vous sont nécessaires n'hésitez pas à communiquer avec le soussigné.

[redacted]

Gilles Rondeau
Directeur
Tél. : (514) 343-6596

/sc

C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7 Télécopieur : (514) 343-2493

ANNEXE III
Questionnaire acheminé aux participants

RECHERCHE SUR LES BESOINS D'APPRENTISSAGES À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

A- INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

☐ 20-25 ans ☐ 26-30 ans ☐ 31-35 ans ☐ 36 ans ou plus

2. Travaillez-vous présentement comme intervenant social ?

☐ non (passez à la question 3) ☐ oui

2.1 Précisez votre titre d'emploi dans le cadre de ce travail :

☐ travailleur social
☐ ARH
☐ intervenant communautaire
☐ autre, précisez: _____

2.2 Dans quel type d'organisation travaillez-vous ?

☐ organisation publique
☐ oganisation communautaire
☐ autre, précisez :_____

2.3 Auprès de quelle clientèle intervenez-vous **principalement** ?

• Groupe d'âge
☐ enfance-jeunesse
☐ adultes
☐ personnes âgées
☐ tous

• Niveau d'intervention
☐ individuel
☐ couple/famille
☐ groupe

• Secteur
☐ scolaire
☐ hospitalier
☐ CLSC
☐ organismes communautaires
☐ autre, précisez
_____

3. Êtes-vous membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux ou en voie de le devenir ?

☐ oui ☐ non

4. Possédez-vous une formation professionnelle dans un autre domaine que le service social (cégep, université, formation privée)?

☐ non ☐ oui précisez _____

B- INFORMATIONS SUR VOTRE LIEU DE TRAVAIL

Répondez aux questions suivantes en vous référant à votre travail actuel comme intervenant(e) social(e) ou à une expérience de travail récente dans ce domaine. Si vous n'avez jamais œuvré dans cette fonction, poursuivez à la section suivante (C).

1. La description de votre organisation

1.1 Quelle est la taille de l'organisation ?

1 à 5 employés	6 à 50 employés	51 à 100 employés	101 à 500 employés	501 employés ou plus
☐	☐	☐	☐	☐

1.2 Parmi le personnel de cette organisation, quelles sont les professions et titres d'emplois représentés ?

- ☐ ergothérapeute
- ☐ infirmière
- ☐ médecin spécialiste
- ☐ omnipraticien
- ☐ psychoéducateur
- ☐ technicien en assistance sociale
- ☐ autre(s), précisez _____
- ☐ conseiller en orientation
- ☐ intervenant de milieu
- ☐ préposé aux bénéficiaires
- ☐ psychologue
- ☐ éducateur spécialisé
- ☐ physiothérapeute

2. La collaboration interprofessionnelle dans l'organisation:

2.1 De quelle façon êtes-vous regroupés à l'intérieur de votre organisation ?

- ☐ Par profession (par exemple, service de psychologie, service social, Direction des soins infirmiers, etc.)
- ☐ Par équipe de travail multiprofessionnelle
- ☐ Selon un modèle mixte (intégré dans une équipe multiprofessionnelle mais relevant d'un service regroupant les intervenants d'une même profession)

2.2a Quelles formes de soutien sont offertes aux intervenants pour améliorer le travail d'équipe et la collaboration ?

- ☐ Aucun soutien n'est offert.
- ☐ Formation sur le travail d'équipe en général
- ☐ Formation sur le travail de collaboration interprofessionnelle, allant de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité
- ☐ Accompagnement (coaching) pour les équipes éprouvant des difficultés de fonctionnement
- ☐ Présence d'un coordonnateur ou d'un adjoint clinique auprès des équipes de travail
- ☐ Ne sais pas
- ☐ Autre, précisez _____

2.2b Ces soutiens sont-ils facilement accessibles ?

☐ Oui ☐ Non

Précisez:_____

_____

2.3 Quels sont les processus de soutien et d'évaluation du travail d'équipe multiprofessionnelle ?

- ☐ Aucune forme de soutien ou d'évaluation du fonctionnement d'équipe.
- ☐ Supervision du fonctionnement d'équipe par un coordonnateur ou un adjoint clinique
- ☐ Discussion au besoin, en équipe des problèmes de fonctionnement éprouvés
- ☐ Révision annuelle et systématique du fonctionnement d'équipe
- ☐ Intervention d'un chef de service lors de la signalisation d'un problème de fonctionnement d'équipe
- ☐ Ne sais pas
- ☐ Autre, précisez

_____

_____

2.4 Selon votre perception, quelle importance l'organisation accorde-t-elle au travail d'équipe ?

Aucune importance	Peu d'importance	Importance moyenne	Très grande importance
☐	☐	☐	☐

Précisez_____

_____

3. Le portrait du travail d'équipe et de la collaboration interprofessionnelle:

3.1 Estimez auprès de combien de clients différents (ou dossiers actifs) vous intervenez présentement (case load):

0-15 clients/dossiers	16-30 clients/dossiers	31-45 clients/dossiers	46-60 clients/dossiers	61 clients/ dossiers ou plus
☐	☐	☐	☐	☐

3.2 De ce nombre, estimez le pourcentage de cas pour lesquels au moins un autre intervenant de formation différente, œuvrant dans la même organisation que vous, est impliqué?

0 %	1 % à 15 %	16 % à 30 %	31 % à 45 %	46 % à 60 %	61 % ou plus
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.3 Dans ces dossiers (où un autre intervenant est impliqué) estimez le pourcentage pour lequel vous avez une collaboration interprofessionnelle régulière avec ce ou ces autres intervenants (i.e discussions de cas au moins une fois toutes les deux semaines concernant le client qui peut influencer votre plan d'intervention)?

0 %	1 % à 15 %	16 % à 30 %	31 % à 45 %	46 % à 60 %	61 % ou plus
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.4 Les rôles et les fonctions des différents membres de l'équipe sont-ils bien définis?

Pas explicitement	Plus ou moins	Assez explicitement
☐	☐	☐

3.5 Parmi ces différents moyens de communication entre intervenants, indiquez pour chacun votre fréquence d'utilisation.

Moyens	Peu fréquente	Fréquente	Très fréquente	Ne s'applique pas
Echanges téléphoniques	☐	☐	☐	☐
Réunions régulières d'équipe	☐	☐	☐	☐
Réunion d'équipe au besoin, concernant un client	☐	☐	☐	☐
Lecture de notes au dossier du client	☐	☐	☐	☐
Échanges informels (*discussions de corridor*)	☐	☐	☐	☐
Courrier postal	☐	☐	☐	☐
Courrier électronique	☐	☐	☐	☐
Autre, précisez: _____	☐	☐	☐	☐

3.6 La collaboration interprofessionnelle peut servir à plusieurs fins. Pourriez-vous évaluer son apport à ces aspects :

Fins poursuivis	Inutile	Peu utile	Utile	Très utile
Être informé des interventions des autres intervenants.	☐	☐	☐	☐
Informer les autres intervenants des orientations que vous privilégiez.	☐	☐	☐	☐
Réajuster votre plan d'intervention en fonction des informations et actions des autres intervenants .	☐	☐	☐	☐
Indiquez aux autres intervenants les attitudes et actions à privilégier.	☐	☐	☐	☐
Améliorer votre connaissance du client.	☐	☐	☐	☐
Accroître vos connaissances cliniques.	☐	☐	☐	☐
Autre, précisez:_____	☐	☐	☐	☐

3.7 Tenant compte des besoins de votre clientèle, jusqu'à quel point estimez-vous important d'avoir une collaboration interprofessionnelle efficace avec les autres intervenants impliqués ?

Peu important ☐ Assez important ☐ Essentiel ☐ Ne s'applique pas ☐

Précisez: _____

_____

3.7 Vous arrive-t-il d'éprouver des difficultés dans vos collaborations interprofessionnelles ?

☐ non ☐ oui précisez _____

_____

_____

C- VOTRE CONNAISSANCE DES MODES DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

1. Nous aimerions connaître votre degré de connaissance par rapport aux dimensions de la collaboration interprofessionnelle et la façon dont vous avez acquis ces connaissances.

Dimensions de la collaboration interprofessionnelles	**Degré de connaissance** 0 = aucune connaissance 1 = connaissance partielle 2 = connaissance suffisante 3 = très bonne connaissance	**Sources d'apprentissages: Cochez toutes les cases qui s'appliquent**								
		Cours universitaire	Stage	Formation privée	Formation en milieu de travail	Conférences	Discussions avec collègues	Auto-formation: lectures flexi on et lectures	Autre:	Préciser
Les distinctions entre travail multidisciplinaire et interdisciplinaire	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Formulation des objectifs d'intervention	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Élaboration d'un plan d'intervention d'équipe	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Règles de la communication	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Normes utiles au travail d'équipe	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Modalités de prise de décision	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Méthode de résolution de problèmes	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Processus de gestion de conflits	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Rôle et fonctions de l'animation d'une équipe de travail	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Rôle d'un intervenant principal/pivot	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
La dynamique des petits groupes	0 1 2 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

2. Jusqu'à quel point chacun des facteurs qui suivent influence-t-il à votre avis l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle ?

Facteurs	**Aucune influence**	**Influence faible**	**Influence moyenne**	**Influence déterminante**
Mission du service claire et connue	☐	☐	☐	☐
Charge de travail équilibrée	☐	☐	☐	☐
Stabilité du personnel	☐	☐	☐	☐
Climat de travail chaleureux	☐	☐	☐	☐
Respect de l'autonomie professionnelle	☐	☐	☐	☐

Ouverture aux autres	☐	☐	☐	☐
Confiance entre les membres de l'équipe de travail	☐	☐	☐	☐
Présence d'un langage et d'un cadre de référence communs aux membres de l'équipe de travail	☐	☐	☐	☐
Soutiens aux équipes de travail	☐	☐	☐	☐
Identité professionnelle bien intégrée pour chacun des intervenants	☐	☐	☐	☐
Présence d'un coordonnateur d'équipe	☐	☐	☐	☐
Fonctionnement avec un intervenant principal	☐	☐	☐	☐
Procédures claires d'intégration des nouveaux membres	☐	☐	☐	☐
Adhésion à des valeurs communes	☐	☐	☐	☐
Connaissance des approches de chacun des intervenants	☐	☐	☐	☐
Outils communs de concertation et de coordination de l'intervention	☐	☐	☐	☐
Connaissance des modes de collaboration interprofessionnelle	☐	☐	☐	☐
Clarté des rôles et fonctions de chacun des membres	☐	☐	☐	☐

D- L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

1. Jusqu'à quel point vous sentez-vous à l'aise pour expliquer à vos collègues

	Peu à l'aise	**Suffisamment à l'aise**	**Très à l'aise**
Votre rôle au sein de l'équipe	☐	☐	☐
Les limites de votre intervention	☐	☐	☐
Les méthodes de travail et les outils propres au service social	☐	☐	☐
La spécificité de la profession du service social	☐	☐	☐

2. Jusqu'à quel point êtes-vous capable de distinguer les différents rôles et fonctions de chacun de vos collègues de professions différentes ?

Pas explicitement ☐ Explicitement ☐ Très explicitement ☐

3. Croyez-vous que les autres membres de votre équipe de travail connaissent bien vos rôles et fonctions comme travailleuse sociale ?

Pas explicitement ☐ Explicitement ☐ Très explicitement ☐

4. Les zones grises dans l'intervention, celles qui ne sont pas spécifiques à une profession, sont pour vous une source de... (plus d'un choix possible)

Confusion	Conflits	Enrichissement	Négociation
☐	☐	☐	☐

Précisez: _____

_____

_____

E- PRÉPARATION ACADÉMIQUE À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

1. Jusqu'à quel point étiez-vous conscient à la fin de vos études de la présence des formes de collaboration interprofessionnelle dans les milieux de travail?

Peu conscient	Assez conscient	Très conscient
☐	☐	☐

2. Vous sentiez-vous à l'aise pour entreprendre ce genre de collaboration ?

Pas du tout	Plus ou moins	Suffisamment à l'aise
☐	☐	☐

3. Votre formation au baccalauréat en service social vous a-t-elle aidé à connaître quelles sont les compétences utiles pour une collaboration interprofessionnelle

Aucunement	Plus ou moins	Suffisamment	Beaucoup
☐	☐	☐	☐

4. À la fin de vos études étiez-vous capable de discuter de l'influence des conditions organisationnelles et des compétences individuelles sur l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle?

Aucunement	Plus ou moins	Suffisamment	Beaucoup
☐	☐	☐	☐

F- VOS COMMENTAIRES

Nous aimerions connaître votre opinion sur les aspects à réviser dans la formation au baccalauréat en service social de l'Université de Montréal qui permettraient de mieux préparer les étudiants et les étudiantes aux réalités des modes de collaboration interprofessionnelle. Vos commentaires seront utiles pour l'École de service social.

Par rapport aux cours:

Par rapport aux stages:

Autres commentaires et suggestions:

JE VOUS REMERCIE BEAUCOUP DE VOTRE COLLABORATION.

ANNEXE IV
Quelques commentaires des répondants aux questions semi-ouvertes

DISPONIBILITES DE L'ACCESSIBILITE DU SOUTIEN AUX EQUIPES :

- *Il y a du soutien deux fois par mois. (no. 115)*
- *Le coordonnateur est très à l'écoute de nos besoins. (no. 204)*
- *Manque de temps et de volonté de la personne responsable de ces réunions. (no. 215)*
- *Le coordonnateur a une préférence pour un groupe de professionnels. (no. 217)*
- *Je n'ai qu'à aller voir la responsable des services et je reçois le soutien nécessaire. (no. 223)*
- *Le coordonnateur étant occupé, les rencontres de soutien sont soit annulées, soit reportées. (no. 304)*
- *Difficile à obtenir mais accessible auprès de nos collègues en service social. (no.307)*

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE ACCORDEE A LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE PAR L'ORGANISATION :

Stagiaires :

- *Toutes les décisions sont prises en équipe (no. 104)*
- *L'importance est surtout mise sur la coordination des actions et la constance. (no. 117)*

Finissants :

- *L'importance est moyenne pour l'organisation, mais grande pour notre projet de travail (notre équipe). (no. 201)*
- *L'organisation soutient qu'une bonne cohésion dans le groupe (l'équipe) favorise le changement chez les jeunes en difficulté. (no. 204)*
- *Nous travaillons davantage individuellement, le travail d'équipe n'est pas constant mais le soutien entre intervenants l'est. (no. 206)*
- *Beaucoup d'importance lorsque problème avec la clientèle. (ne va pas de soi) (no. 207)*
- *Il est plus facile de s'occuper d'une tâche de cette façon. Tout le travail de l'organisme est fait en équipe ou presque. (no. 222)*

Diplômés 2000 :

- *C'est l'objectif de mon « programme » pour l'année en cours. Réorganisation en fonction d'un meilleur travail d'équipe interprofessionnelle. (no. 404)*
- *L'organisation prône l'approche clientèle sans toutefois offrir le soutien nécessaire aux membres des équipes pour y arriver. (no. 405)*
- *On veut travailler ainsi mais dans le quotidien, ça ne se fait pas toujours par manque de temps, on souhaite donner congé aux patients le plus vite possible. (no. 407)*
- *Plus de paroles que d'actions. (no. 410)*

Diplômés 1999 :

- *De plus en plus primordial compte tenu du développement des programmes et de la complexité des cas. (no. 303)*
- *Le rythme et la charge de travail ne permet pas d'aller de l'avant dans ce sens. L'organisation « s'assoit » un peu sur le dévouement des travailleurs. (no. 305)*

UTILITE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE :

Stagiaires :

- *Éviter les dédoublements, répéter les questions. (no. 111)*
- *Pour faire une bonne intervention : avoir une meilleure connaissance du dossier. (no. 115)*
- *Si nos objectifs diffèrent, l'intervention n'est qu'une mascarade car nous inhibons le travail de l'autre et inversement. (no. 116)*
- *Plusieurs problématiques sont présentes chez la même clientèle. Chaque intervenant peut bénéficier de l'expertise des autres pour orienter son intervention. (no. 117)*

Finissants :

- *Les différents points de vue doivent être considérés pour couvrir le grand nombre d'aspects de la vie du client. (no. 206)*
- *Travaillant dans un milieu très médical, je considère indispensable une bonne communication afin de se rendre plus clair dans nos orientations. (no. 207)*
- *Cette collaboration est importante surtout au niveau du questionnement de l'intervenant vis-à-vis des usagers. (no. 213)*
- *Afin d'intervenir dans le même sens et de ne pas travailler les mêmes objectifs en double. (no. 227)*

Diplômés 2000 :

- *Les échanges d'informations donnent une vision et une connaissance globale du client et du réseau. (no. 407)*

Diplômés 1999 :

- *Bonne connaissance de la clientèle, de leurs besoins. Intervention possible sur plusieurs facettes . Éventail de services. (no. 303)*
- *Nos conditions de travail ne permettent pas de faire seul l'énorme chemin à faire avec le type de clientèle avec laquelle on travaille. (no. 305)*
- *Très important pour ajuster notre plan d'intervention, mieux connaître les déficits chez le patient sur le plan physique et cognitif pour trouver la meilleure orientation. Avec les patients âgés, la collaboration interprofessionnelle est très enrichissante. (no. 307)*

DIFFICULTES VECUES DANS LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE :

Stagiaires :

- *Malentendus fréquents sur les directions à prendre. (no. 105)*
- *Définition des mandats : qui fait quoi ! (no. 107)*
- *Personne difficile à contacter. (no. 108)*
- *Difficulté de s'entendre sur les moyens à prendre. Dépend des disciplines de chacun. (no. 116)*

- *Les valeurs et les manières d'évaluer une situation est souvent teintée par la culture professionnelle propre à chacun. (no. 117)*

Finissants :

- *Horaire différent empêche toute collaboration avec les autres projets, mais dans le travail de rue, l'équipe collabore très bien. (no. 201)*
- *Conflits de valeurs liés à la culture de la profession. Par exemple : capacité de la personne à trouver des solutions. (no. 202)*
- *Difficultés dans la communication à cause d'un langage différent selon la profession (médecin versus t.s.). (no. 207)*
- *Dans le sens de communiquer entre nous (prendre du temps, réunion interdisciplinaire) c'est se donner une charge de travail supplémentaire. Avec le nombre de dossier à gérer, même si l'effet est bénéfique (les réunions d'équipe) sur la clientèle et sur notre intervention, c'est comme se mettre une charge supplémentaire d'ouvrage. Aussi, nous occupons (psychologues, psycho-éducateurs, etc.) le même bureau à tour de rôle, on ne se voit pas. (no. 214)*
- *Même après discussion et décisions prises, certains font tout de même à leur tête et mènent une intervention autre que celle qui avait été décidée. (no. 215)*
- *Certains ne savent pas leur rôle. (no. 218)*
- *Divergence d'opinion au point de vue clinique et orientation à privilégier. (no. 221)*

Diplômés 2000 :

- *Vision clinique différente associée à des professionnels préférant travailler seuls. (no. 404)*
- *Il est difficile de s'entendre avec les infirmières cliniciennes spécialisées qui font de l'intervention sociale auprès des familles avec enfants. Il faut faire des mises au point fréquentes et ne sommes pas toujours d'accord sur la façon d'intervenir. (no. 405)*
- *Parfois, les rôles de chaque ressource sont mal définis ou s'entrecroisent. Aussi, certaines ressources ne voient pas la MDJ comme un lieu favorable ou important pour l'adolescent. Lorsqu'il y a un plan individualisé avec un jeune, la MDJ est rarement appelée à se joindre au suivi. (no. 409)*

Diplômés 1999 :

- *Chacun tient à s'obstiner sur sa perception. Chacun dit avoir la « bonne » façon de voir la réalité.*
- *Il peut y avoir débordement dans la tâche par rapport au spécifique de chacun. Ex : Infirmière peut faire beaucoup de travail social. Travailleur social peut faire l'organisation communautaire, etc. Difficulté de communication. Difficulté de collaboration, peu d'ouverture… (no. 303)*
- *Il faut dire que la loi les y oblige dans mon cas (LPJ), mais de bonnes discussions cliniques en émergent avec différentes opinions cliniques. (no. 305)*

COLLABORATION INTERPROFESSIONNNELLE : CONFLITS, NEGOCIATION, ENRICHISSEMENT OU CONFUSION ?

Stagiaire :

- Conflits : *Parfois, t.s. et psychologues peuvent travailler dans le même dossier… faire des interventions trop similaires qui ne justifient pas la présence de deux professionnels. (no. 103)*
- Négociation : *Clarifier les rôles. (no. 108)*
- Enrichissement : *C'est un défi car l'on doit apprendre comment et qui est le plus qualifié pour faire cela, et comprendre et l'actualiser. (no. 116)*
- Confusion : *Tout le monde doit connaître son rôle, car sinon ça brouille les pistes. (no. 115)*

Finissants :

- Conflits : *Conflits lorsque la négociation n'est pas présente. Conflits aussi lorsque des intervenants en profitent pour prendre le contrôle. (no. 202)*
- Négociation : *Parfois, il est difficile de mettre les balises entre les professionnels, ce que nous pouvovns faire, ce qui revient aux autres, les professions se ressemblent tellement. (no. 213)*
- Enrichissement : *On apprend dans notre analyse qu'il y a davantage d'éléments qui forment un contexte. (no. 223)*
- Confusion : *Dans le sens de "dumping", i.e. Références inadéquates. (no. 225)*

Diplômés 2000 :

- Conflits : *Tout dépend des intervenants, des dossiers, des contextes, etc. (no. 404)*
- Négociation : *Souvent les zones grises doivent être réglées par la t.s. (certains intervenants donnent ce rôle à la t.s.) (no. 403)*
- Enrichissement *: Amènent une plus grande collaboration. (no. 409)*
- Confusion : *Lors de zones grises, nous avons tendance à en discuter et si nous n'arrivons pas à déterminer à qui revient l'intervention, notre chef de programme est là pour nous le dire. (no. 401)*

Diplômés 1999 :

- Conflits : *Plusieurs intervenants, notamment les ergothérapeutes et surtout les infirmières de suivi systématique, empiètent dans notre travail car nous avons aucun acte réservé et il y a fréquemment du dédoublement d'intervention, ce qui crée beaucoup de conflits et de tension. (no. 307)*
- Négociation : *Discussion en équipe afin de combler ses zones, soit par la spécificité de la profession, du lien de confiance avec le client (personne pivot). (no. 303)*
- Enrichissement ou confusion *: Suivi de la clientèle ou du processus d'intervention et le rôle de chacun des intervenants à cette étape. (no. 308)*